FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N° 564

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Mojzesz-Pawel FRANKFURT

Né le 2 Octobre 1911, à Varsovie (Pologne)

La Syphilis gastrique héréditaire de la deuxième enfance et de l'adulte

Travail du Service de M. le Docteur BASCH à la Consultation de Médecine de l'Hôpital Tenon

Président : M. CHIRAY, Professeur

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ
11 et 13, Rue de l'Ecole de Médecine
PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938 — N° —

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Mojzesz-Pawel FRANKFURT

Né le 2 Octobre 1911, à Varsovie (Pologne)

La Syphilis gastrique héréditaire de la deuxième enfance et de l'adulte

Travail du Service de M. le Docteur BASCH à la Consultation de Médecine de l'Hôpital Tenon

Président : M. CHIRAY, Professeur

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ
11 et 13, Rue de l'Ecole de Médecine
PARIS

LE DOYEN ..... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER. CARNOT. CLERC. Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO. GOSSET. GREGOIRE. LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU. COUVELAIRE. JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	LAUBRY. MULON. OLIVIER. VERNE. MOCQUOT.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE ..... Pathologie chirurgicale.
BARIETY ..... Pathologie médicale.
BENARD (Henri) Pathologie médicale.
BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
BOULIN ..... Pathologie médicale.
BULLIARD ..... Histologie.
CATHALA ..... Pathologie médicale.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
COSTE ..... Pathologie médicale.
DOGNON ..... Physique.
FEY ..... Crologie.
FUNCK ..... Pathologie chirurgicale.
GALLIARD ..... Parasitologie.
GASTINEL ..... Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
DE GENNES ... Pathologie médicale.
GAYET ..... Physiologie.
GIROUD ..... Histologie.
HAGUENAU .... Pathologie médicale.
HALPHEN ..... Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD ..... Pharmacologie.
HUGUENIN .... Anatomie pathologique.
JOANNON ..... Hygiène.
LABBE (Henri) . Chimie biologique.
LACOMME ..... Obstétrique.
LANTUEJOUL .. Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
LEMAIRE ..... Pathologie expérimentale.
LELONG ..... Pathologie médicale.
LEVEUF ..... Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LEVY ... Pharmacologie.
LEVY-VALENSI . Neurologie et Psychiâtrie.
MENEGAUX .... Pathologie chirurgicale.
MOREAU ..... Pathologie médicale.
MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN ..... Pathologie médicale.
OBERLING ..... Anatomie pathologique
PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE .. Médecine légale.
PORTES ..... Obstétrique.
RICHET ..... Physiologie.
SANNIE ..... Chimie biologique.
SENEQUE ..... Pathologie chirurgicale.
TROISIER ..... Pathologie expérimentale.
TURPIN ..... Pathologie médicale.
VIGNES ..... Obstétrique.
WILMOTH ..... Pathologie chirurgicale.
J. BEZANÇON .. Hydrologie.

II. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE ..... Pathologie chirurgicale.
BUSQUET ..... Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX ..... Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
PHILIBERT .... Bactériologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS

DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.

[illegible]AMI .....
[illegible]JOUANINE .
[illegible]ERTIN .....
[illegible]LE .....
[illegible]BROL .....
[illegible]RAY .....
[illegible]ZELOT ....
[illegible]VOIR .....
[illegible]N .....
[illegible]TEUR-VAL-
[illegible]Y - RADOT
[illegible]ARY .....

} Clinique médicale.

MM.

BASSET .....
BROCQ .....
CADENAT .....
GATELLIER ....
HEITZ-BOYER .
MOURE .....
QUENU .....
SCHWARTZ ...
VELTER .....

} Clinique chirurgicale.

MM.

ECALLE .....
GUENIOT .....
LE LORIER ....
LEVY-SOLAL ...
METZGER .....

} Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

[illegible]HAILLEY-BERT, agrégé ..... Education physique.
[illegible]EDOUX-LEBARD ..... Radiologie Clinique.
[illegible]HILIBERT, agrégé ..... Microbiologie.
[illegible]UPPE ..... Stomatologie.
[illegible]REY ..... Stomatologie.

[illegible]r délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions [illegible]es dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées [illegible]me propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation [illegible]probation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

MEIS ET AMICIS

A NOTRE MAITRE, M. LE PROFESSEUR CHIRAY,

Professeur d'Hydrologie

et de Climatologie thérapeutique,

Médecin de l'Hôpital Bichat,

qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse; en témoignage de notre respectueuse reconnaissance.

A NOTRE MAITRE, M. LE DOCTEUR J. BASCH,

Médecin des Hôpitaux,

Chevalier de la Légion d'honneur,

qui nous a inspiré le sujet de ce travail et aidé de ses conseils avec une si grande bienveillance; qu'il veuille bien accepter ici l'expression de toute notre reconnaissance pour le si précieux enseignement qu'il nous a donné à la consultation de médecine de l'Hôpital Tenon.

A notre Maitre, M. le Professeur H. ROUVIERE

en témoignage de notre reconnaissance pour l'intérêt qu'il nous a manifesté.

A notre Maitre, M. le Docteur P. SAINTON.

Médecin de l'Hôpital Hôtel-Dieu,

pour l'accueil bienveillant qu'il nous a réservé; l'expression de notre gratitude.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX :

M. le Professeur LEJARS (*In memoriam*)
M. le Professeur BEZANÇON
M. le Professeur LENORMANT
M. le Docteur L. RAMOND
M. le Professeur Agr. BOULIN
M. le Professeur Agr. GUENIOT
M. le Professeur GOUGEROT
M. le Docteur ROUHIER
M. le Professeur Agr. MENEGEAUX
M. le Docteur G. BASCH
M. le Docteur BOLTANSKI

INTRODUCTION

A l'occasion d'un cas de syphilis gastrique héréditaire tardive, que nous avons pu suivre personnellement dans le service de notre Maître, M. le Dr Basch, à Tenon, nous nous proposons d'esquisser une revue générale de cette affection.

Depuis de nombreuses années, on s'est intéressé en France, ainsi qu'à l'étranger, à l'étude des manifestations gastriques de la syphilis. Ce sujet, qui est actuellement à l'ordre du jour, a suscité beaucoup de controverses et nous serions heureux si ce modeste ouvrage, en résumant toutes les recherches, pouvait contribuer à la connaissance de la syphilis gastrique héréditaire, dans ses manifestations tardives.

Avant de commencer cette étude, nous tenons à remercier M. le Dr Basch, médecin des Hôpitaux, de nous avoir inspiré le sujet de notre thèse et de nous avoir toujours aidé de ses conseils avec une inépuisable bienveillance.

HISTORIQUE

La notion de la syphilis gastrique est, relativement, récente. C'est Andral (1834) qui individualise le premier cette maladie. Il institue un traitement mercuriel (en frictions) à une malade dont les désordres gastriques n'avaient pu être améliorés par aucun traitement. Il constate chez elle des ulcérations syphilitiques du pharynx. Il rapporte donc cette gastropathie à la même cause et l'effet du traitement confirme d'une manière brillante cette hypothèse, car, après la douzième friction, « l'état de la malade n'était plus reconnaissable ».

Les travaux et les observations sur la syphilis gastrique deviennent de plus en plus fréquents, mais les auteurs ne se basent en général que sur l'effet du traitement et sur les stigmates de l'hérédo-syphilis ou les autres manifestations de l'infection syphilitique suivant les cas.

Cornil, en 1874, communique à la Société Médicale des Hôpitaux un cas de syphilis dans lequel il a étudié histologiquement les gommes syphilitiques multiples de l'estomac. C'est Chiari qui rapporte

plusieurs cas de syphilis héréditaire de l'estomac et décrit avec détails les modifications pathologiques qu'on trouve au niveau du tractus digestif. A partir de la fin du XIXe siècle, les observations de la syphilis gastrique avec examen histologique, soit grâce à l'examen post-mortem, soit par l'examen des pièces prélevées à l'intervention chirurgicale, deviennent de plus en plus fréquentes.

Deux découvertes contribuent au début du XXe siècle à l'étude plus détaillée de ce problème. C'est d'abord la découverte de la réaction (sérologique) de fixation de Bordet-Wasserman, et c'est l'examen radiologique de l'estomac qui permet non seulement de poser le diagnostic dans certains cas, mais de contrôler l'efficacité du traitement. Munis de ces moyens d'investigation nouveaux, les auteurs veulent préciser la fréquence de la syphilis gastrique. Ainsi Smithies, en 1915, ne trouve que 26 cas de syphilis gastrique sur 7.545 malades qu'il a suivis. Les différences des chiffres enregistrés dans les statistiques dépendent de l'incertitude avec laquelle sont établis beaucoup de diagnostics. Ainsi, Chiari, en 1891, relate l'autopsie de 243 malades (sur ce chiffre, 98 présentaient des signes de l'infection congénitale) ; il trouve 3 cas de localisation gastrique du spirochète. Mais ces chiffres paraissent nettement exagérés, et ainsi Symmers ne

trouve que 3 cas sur 4.886 autopsies; Frankel trouve 3 cas sur 19.000 autopsies; Kleisel, lui, n'a trouvé aucune infection syphilitique sur 41.418 cas; Gmelein rapporte 2 cas sur 10.000; MacNee, 3 cas sur 1.200.

Quant à l'examen des pièces prélevées à l'intervention chirurgicale, R. Soupault rapporte 1 seul cas sur 200 interventions de Hartmann et Gosset, ainsi qu'un seul également sur 119 gastrectomisés par Gosset.

Etant donné ces controverses entre les données cliniques et pathologiques et la difficulté qu'il y a à mettre en évidence les lésions anatomo-pathologiques, spécifiques de l'infection gastrique syphilitique, plusieurs chercheurs se sont appliqués à démontrer la présence de l'agent infectieux au niveau de la lésion gastrique.

Versé, en 1906, trouve le premier des spirochètes au niveau de la muqueuse gastrique d'un fœtus hérédo-syphilitique. MacNee et Warthin rapportent également des cas où la méthode de Levaditi a permis de mettre en évidence un spirochète. Morgan et Harris, en 1932, retrouvent un spirochète, mais n'étant pas sûrs qu'il s'agisse ici du spirochète de Schaudin, ils injectent une solution de tissus broyés dans le testicule du lapin. La preuve de la syphilis est fournie par l'orchite syphilitique

qui s'est développée au bout de quelques jours.

Tout dernièrement, la syphilis gastrique a été décrite par notre Maître, M. le professeur M. Chivay. Il faut mentionner également les travaux de Moutier et Gutman en France en même temps que les articles de Wald, O'Leary, Eusterman ont contribué à l'étude de cette maladie à l'étranger.

Quant à la syphilis gastrique héréditaire, elle fut décrite pour la première fois par Birch-Hirschfeld qui reconnaît la lésion sur une table d'autopsie. Chiari, de Prague, publie plusieurs cas de lésions gastriques chez les nourrissons hérédo-syphilitiques. Parmi les autres travaux, citons les travaux de Eustermann, Pron, Strauss à l'étranger et les travaux de Marfan et de ses élèves en France. Le rôle joué par la syphilis héréditaire dans la gastro-entérologie est tellement important qu'il nous paraît inutile d'insister sur ce fait. Rappelons seulement que le professeur Marfan fait jouer un rôle important à la syphilis dans les vomissements habituels du nourrisson. La première observation de la syphilis héréditaire gastrique tardive paraît être celle de MacKay (1898). Devé en 1914 et Lehman en 1915 publient des observations cliniques. En même temps, Downes rapporte deux cas de lésions gastriques chez les enfants de 16 à 17 qu'il attribue à l'hérédo-syphilis.

Parmi les autres travaux, il faut signaler les observations de Pozzi, de Russel Verbrycke, qui étudient l'image radiographique; de Von Poswick, de Kalk, de Rowland, de Le Wald. Mais c'est surtout l'observation bien étudiée de Benhamou qui nous paraît très nette, ainsi que le cas que nous avons pu étudier dans le service de notre Maître le Dr Basch et qui a été présentée précédemment à la Société Médicale des Hôpitaux.

ETUDE CLINIQUE

Comme nous venons de l'indiquer dans notre introduction, la syphilis joue un rôle important dans les troubles gastriques chez les nourrissons. Les observations de la syphilis gastrique héréditaire deviennent plus rares ensuite. Nous n'avons pu recueillir que 22 observations. En dehors de ces cas publiés et en dehors de ces travaux il faut mentionner les cas de Mogilevitch, de Mongiani et de Rowland. Le nombre total serait donc de 25 environ.

C'est dans la deuxième enfance, à l'adolescence, que se manifestent les troubles gastriques dus à l'hérédo-syphilis. La fréquence maxima est entre 15 et 20 ans, mais les symptômes cliniques peuvent apparaître plus tôt. C'est le cas de Mogilevitch qui a observé un enfant de 10 ans, ou plus tard comme nous avons pu observer dans le service de M. le Dr Basch, ou encore c'est le cas de Von Poswick qui a traité pour l'hérédo-syphilis gastrique tardive un malade âgé de 28 ans.

Au point de vue de sexe, on note une prédo-

minance du sexe masculin : le rapport est de 2 à 1.

Fournier a dit dans son *Traité de la Syphilis* que l'estomac en proie à cette affection n'a pour extérioriser ses souffrances que les altérations résultant de lésions gastriques d'autres causes.

Il nous paraît donc très difficile de décrire les troubles cliniques qui font penser d'emblée à la syphilis gastrique héréditaire tardive. C'est justement l'évolution atypique de l'affection gastrique qui ne correspond à aucune entité clinique qui nous fera penser à l'existence de la syphilis de l'estomac. La notion de l'âge nous aiguillera vers le diagnostic correct. De même les renseignements fournis par le laboratoire et l'examen radiologique en corrélation avec les données cliniques nous permettent d'instituer le traitement correct.

Nous essaierons de passer en revue les signes observés le plus fréquemment pour dégager ensuite quelques formes cliniques. La douleur est l'élément le plus constant de la maladie. C'est elle et les vomissements qui amènent les malades à consulter.

La douleur est précédée par des troubles digestifs banaux comme pesanteur, gêne à l'épigastre. Elle devient ensuite plus précise et prend une acuité plus grande. Ainsi dans les cas que nous avons pu observer, les douleurs peu intenses sié-

geaient à l'épigastre, elles survenaient aussitôt après les repas et ne se prolongeaient pas au delà d'une demi-heure. Ces épisodes se répétaient après chaque repas pendant une quinzaine de jours, elles s'atténuaient ensuite pour disparaître totalement. Mais au bout de quelques jours, la malade souffrait de nouveau. Comme nous l'avons vu, les douleurs sont très précoces. Les douleurs apparaissent en général dès que le malade a ingéré le moindre aliment. Leur irradiation est très variable. Dans certains cas, elles irradient en arrière; dans d'autres cas, elles irradient en ceinture, en broche transfixiante. Leur durée n'est pas très longue. Dans certains cas, les douleurs ne sont pas rythmées par les repas et apparaissent à chaque moment de la journée. Dans les cas de Chrzanowski, elles nous font penser à une sténose de l'estomac, car elles apparaissent quelques heures après les repas et s'accompagnent trois ou quatre fois par semaine de vomissements copieux renfermant des aliments ingérés précédemment, et l'examen radiologique a permis de confirmer ce diagnostic. Dans certains cas, les douleurs font penser d'emblée à une biloculation. Un des malades (Steinhardt) décrit ses sensations de la manière suivante : Le liquide descendait d'une manière régulière d'abord, mais jusqu'à une certaine hauteur de l'estomac seule-

ment, comme si elle se déversait dans un petit vase tout d'abord. Au bout de quelque temps, un clapet s'ouvre à l'intérieur de lui, et le liquide passe dans un compartiment inférieur pour être projeté dans une troisième poche ensuite. Il est rare que tout se passe d'une manière si simple. A un moment donné, le malade ressent une crampe très pénible, une tempête et le contenu gastrique est rejeté dehors. Il faut noter que la douleur n'est pas ou est peu influencée par l'alimentation, les alcalins ou les moyens physiques.

Les vomissements sont notés, également, par tous les auteurs. Chez la malade que nous avons pu observer, il s'agissait de vomissements liquides contenant peu d'aliments et non acides. Ils suivaient de près l'ingestion des aliments. Quelquefois les vomissements sont plus tardifs (15 à 30 minutes après les repas) ; ils mettent fin en général à la crise douloureuse. Rarement les vomissements sont très tardifs (3-4 heures, d'après Benhamou) et par contre n'apportent aucun soulagement aux sensations désagréables accusées par les malades.

Dans les cas de Chrzanowski, on notait des vomissements qui survenaient tous les 2 ou 3 jours et nous ont fait penser à une sténose, car elles contenaient des éléments ingérés le jour précédent.

Malgré les vomissements et les douleurs intenses,

l'appétit est conservé en général et il est rare que les malades s'abstiennent de toute alimentation. En tout cas, c'est une abstention volontaire pour ne pas souffrir, et il ne s'agit nullement d'une anorexie. Même dans les cas où l'appétit est conservé et dans les cas où on ne note pas de vomissements dus à la sténose, les malades maigrissent très rapidement. Quelquefois l'amaigrissement est énorme. Ainsi dans le cas de Benhamou, le malade, âgé de 18 ans, ne pesait que 30 kilogrammes.

Il est à noter pourtant qu'il s'agissait ici d'un malade dystrophique (de petite taille, qui faisait l'impression de n'avoir que 12 ans). L'amaigrissement, dans d'autres cas, s'il n'est pas aussi catastrophique, est extrêmement rapide. Ainsi le malade de Chrzanowski a maigri de 10 kilogrammes en six mois; notre malade a maigri de 14 kilogrammes en moins d'un an.

Tous les signes fournis par l'anamnèse sont très atypiques et ne font penser en général qu'à un ulcus banal ou dans certains cas à un cancer. L'examen objectif de l'abdomen reste ou bien totalement négatif ou réveille une douleur localisée, siégeant à l'épigastre mais ne correspondant topographiquement à aucun organe précis.

Dans d'autres cas, on trouve une douleur diffuse à tout l'abdomen sans caractères précis. Hauss-

mann a trouvé un point douloureux à la percussion. Il insiste beaucoup sur ce fait, car, d'après lui, ce point douloureux qu'il trouve non seulement à la palpation mais à la percussion indique une réaction inflammatoire. Il avoue pourtant que si ce point indique une inflammation, il n'en préjuge nullement son origine.

EXAMENS PARACLINIQUES

Nous avons vu précédemment qu'il n'existe pas, parmi les signes cliniques objectifs ni subjectifs, un syndrome net pathognomonique de la syphilis gastrique héréditaire dans ses manifestations tardives. Le recours aux méthodes paracliniques est donc indispensable et parmi elles il faut mettre au premier plan la radiologie, qui non seulement souvent nous permet de soupçonner la syphilis gastrique, mais par l'examen en série et répété nous permet de suivre l'évolution anatomique de la maladie et de contrôler l'efficacité du traitement. Des recherches accessoires comme l'examen du sang ainsi que l'étude du chimisme gastrique sont quelquefois d'une grande utilité.

L'examen du sang révèle en général que malgré l'amaigrissement rapide et impressionnant, il n'existe pas une anémie bien prononcée. Le nombre de globules rouges est légèrement diminué. Il varie entre 3.800.000 et 4.500.000. On ne trouve pas de formes anormales. La leucocytose est normale. Tous les auteurs notent une légère lymphocytose (de 40

à 45 %, mononucléaires non compris). C'est une indication qui peut avoir de l'importance dans les cas où on pense à un cancer. Citons les cas d'Haussmann qui trouve une tumeur à la palpation de l'épigastre et en même temps que l'examen radiologique lui confirme ce diagnostic. il trouve une lymphocytose à 42 % dans le sang. Nous savons en effet que le cancer du tractus digestif s'accompagne en général d'une polynucléose et de leucocytose modérées.

Sur 22 observations, que nous avons pu réunir, 9 auteurs ont étudié le contenu gastrique et son chimisme. Dans 8 cas, soit 85 %, on trouve une diminution ou même l'absence de l'acide chlorhydrique libre ainsi que la diminution de l'acidité totale. Ainsi dans notre cas, malgré qu'il fût étudié tardivement, le contenu gastrique présentait une réaction basique. On trouvait la même hypoacidité après l'injection d'histamine, car on a retiré un liquide acide mais qui ne renfermait pas d'acide chlorhydrique libre et dont l'acidité totale était minime; en effet, elle était égale à 0,50. Benhamou signale également l'absence d'acide libre avant et après les repas peptonés. L'acidité totale était encore moindre que dans notre cas, car dans l'étude successive on trouvait l'acidité 0,40, 0,50, 0,30, 0,30. Le même fait est observé par Chrza-

nowski qui trouve le liquide gastrique de réaction basique et qui reste tel après le repas d'épreuve (acidité totale, 0,09). Dans tous les autres cas, il existait une anachlorhydrie moindre, néanmoins très nettement appréciable. Pron (d'Alger) rapporte avoir trouvé une hypersécrétion et hyperchlorhydrie très notable; ainsi il retire par le tubage gastrique un liquide abondant, de couleur jaune, exempt de résidus alimentaires, ayant une acidité totale, 4,56, ainsi répartie : acide chlorhydrique libre, 1,83; acide combiné, 0,18; acide de fermentation, 2,55; pas d'acide lactique; pas de sang. Après un traitement par le sulfarsénol, cette hyperchlorhydrie disparaît. En effet, l'acidité totale est 2,55 : acide chlorhydrique libre, 1,28; acide combiné, 1,09; pas d'acide de fermentation. L'auteur ne précise pas s'il s'agit d'une étude de chimisme gastrique après un repas d'épreuve ou à jeun. Par ailleurs, le cas rapporté par Pron est sujet à caution, étant donné qu'il n'a pas pratiqué chez son malade d'examen radiologique et qu'il se base uniquement, comme l'auteur l'avoue lui-même, sur les antécédents (le père de la malade a contracté la syphilis) et sur les effets du traitement, c'est-à-dire diminution de l'hyperacidité et cessation de crampes épigastriques douloureuses.

Au point de vue microscopique, on trouve dans

le suc gastrique quelques cellules épithéliales, des leucocytes (peu nombreux), un peu de mucus. Un des auteurs a trouvé du sang.

Comme nous l'avons indiqué déjà, l'examen radiologique a une valeur primordiale pour le diagnostic de la syphilis gastrique héréditaire tardive. Il est insuffisant en lui-même, malgré que certains auteurs insistent sur des modifications qu'ils considèrent comme pathognomoniques de l'atteinte syphilitique. La radiologie est utile par le fait qu'on trouve très fréquemment des images qui ne correspondent nullement aux données recueillies par l'interrogation et par l'examen minutieux du malade. Ainsi dans les cas que nous avons pu observer dans le service de M. le Dr Basch, l'histoire clinique orientait vers l'hypothèse d'un ulcère gastrique, tandis que les résultats fournis par l'examen radiologique étaient surprenants. On trouvait en effet une sténose serrée médio-gastrique.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic radiologique de la syphilis gastrique dans ses manifestations tardives. Il suffit de répéter les paroles de Moutier, la syphilis peut déterminer des accidents de trois ordres : elle construit, elle détruit, elle rétrécit. Nous aurons par conséquent des images de sténose gastrique, de niche et de tumeur. Un signe que Benhamou considère comme pathogno-

monique se retrouve dans plusieurs observations. Il ne s'agit nullement d'un signe spécial à la syphilis gastrique héréditaire, car ce signe a été retrouvé par Strauss et bien d'autres dans les cas de syphilis gastrique acquise. D'après Benhamou, c'est « l'aspect de la grande courbure qui apparaît fortement déchiquetée, anfractueuse, multilacunaire et comme irrégulièrement découpée aux ciseaux. Le même auteur indique également qu'une tumeur située dans le voisinage de l'estomac ou bien une splénomégalie importante peuvent déterminer ces aspects frangés. Pour faire penser à la syphilis, il faut que les dentelures soient non seulement persistantes, mais encore irrégulières et donnent l'impression d'avoir été découpées aux ciseaux. Ces déformations ont une valeur séméiologique d'autant plus grande qu'elles se produisent sur un estomac réduit de volume, haut placé, sous la coupole diaphragmatique ».

Nous avons retrouvé en effet ces déformations dans notre cas ainsi que dans les observations que Kalk, Russel Verbrycke et quelques autres.

Il nous paraît impossible de décrire en détail les autres signes de syphilis gastrique héréditaire tardive. Nous connaissons très bien la tendance à la sclérose de la syphilis. Dans certains cas, l'estomac sera rétracté en entier, ou aura l'image tout

à fait comparable à la linite plastique (nous ne discuterons pas l'hypothèse du rôle joué par la syphilis dans l'étiologie de cette affection). Dans les cas qui ont été observés par Benhamou, Verbrycke et d'autres, on trouve un estomac petit, rétracté, en situation haute, le transit est extrêmement accéléré, le bas-fond et la région antrale sont infiltrés et on n'observe pas de péristaltisme. Dans d'autres cas, la sclérose est localisée. On trouve des images de bi ou multiloculation gastrique. Le siège de la sténose est dans la région pré-antrale. Un caractère qui nous paraît important, c'est la rapidité d'apparition ou d'évolution de la sténose. Steinhardt, qui a pratiqué un examen radiographique chez sa malade le 16 mai 1933, ne trouve qu'une image de gastrite chronique avec muqueuse épaissie, les contours sont réguliers et intacts. Mais le 9 octobre, l'image est tout à fait différente, le malade ayant avalé quelques gorgées de substance opaque, l'estomac paraît se remplir sous une forme semi-circulaire. Pourtant, quelques instants après, une poche, de la grosseur d'une prune, se dessine au-dessous de cette cavité. Un canal qui a donné passage à la baryte apparaît sous forme d'un tuyau très étroit. Une autre poche communicante avec la précédente se dessine à son tour. Cette transformation si rapide de l'image radiologique et le fait

Sténose médiogastrique. (Cliché pris en 1935.)

Les clichés se rapportent à l'observation n° 1. Nous les reproduisons à titre d'exemple pour montrer l'effet du traitement antisyphilitique dans la sténose luétique.

Amélioration progressive

Image normale. (Mai 1938.)

que l'antre est infiltrée font surgir l'hypothèse de syphilis ou de cancer gastrique.

Dans d'autres cas, on trouve une niche simplement et le diagnostic s'oriente vers un ulcère. Rappelons par ailleurs que certains auteurs ont soutenu (Castex) que tous les ulcères seraient d'origine hérédo-syphilitique, mais les recherches statistiques basées sur la fréquence de l'ulcus et la fréquence de la syphilis ont invalidé cette idée.

Pour résumer, la radiologie non plus que les autres recherches ne peuvent à elles seules permettre le diagnostic de syphilis gastrique héréditaire tardive.

Un autre moyen d'investigation, c'est l'étude anatomo-pathologique de l'organe (on ne note que deux cas de biopsie de la paroi de l'estomac). Il n'a pas apporté une preuve convaincante de la syphilis. Rappelons ici que le fait que les spirochètes transmis héréditairement peuvent se localiser au niveau de l'estomac a été démontré sur la table d'autopsie par dissection de l'estomac de nourrisson hérédo-syphilitique par Brich-Hirschfeld, Chiari et d'autres, ainsi que par la recherche de Harris qui a broyé le tissu stomacal et a injecté cette solution dans le testicule du lapin. Un syphilome est apparu au bout de 14 jours.

Tous les auteurs notent d'ailleurs qu'il est dif-

ficile de mettre en évidence les éléments caractéristiques de l'altération syphilitique (infiltrats périvasculaires) et que dans les 2 cas de biopsie les anatomo-pathologistes, tout en faisant le diagnostic de la gastrite chronique, ne rejettent nullement l'hypothèse de la syphilis, car on connaît la fréquence des images atypiques dans les affections dues au spirochète.

***

Ni les signes cliniques, ni radiologiques, ni paracliniques ne sont pathognomoniques, et il faut nous adresser à la recherche des stigmates de l'hérédo-syphilis, tout en ayant dans l'esprit, comme a insisté Fournier, que tout trouble gastrique syphilitique n'est pas forcément d'origine luetique. Parmi les stigmates de l'hérédo-syphilis, il faut mettre sur le premier plan les altérations dentaires qu'on appelle les dents de Hutchinson. Ainsi l'examen de notre malade a mis en évidence des anomalies dentaires siégeant sur le maxillaire supérieur. Les incisives médianes sont ponctuées, les incisives latérales sont également dystrophiques. La canine gauche est en tournevis, la prémolaire gauche est mal implantée. Ces lésions dentaires sont trouvées par plusieurs auteurs. Parmi eux, Kalk,

Steinhardt, Chrzanowski, Benhamou qui trouve les tubercules de Carabelli sur chaque première prémolaire. Les auteurs attribuent également une importance aux cicatrices rayonnantes péribuccales (rhagade) à la série de bosses frontales, au prognatisme du maxillaire. Un infantilisme prononcé serait, d'après certains auteurs, aussi un signe d'hérédo-syphilis.

Les autres se basent sur les antécédents et à l'interrogatoire de la famille. Ainsi Devé se base sur sept avortements ou naissances prématurées chez la mère de la malade.

Pron, Kalk et les autres se basent sur l'aveu des parents.

La réaction de Wassermann a été pratiquée dans 14 cas; elle s'est montrée positive dans 12 cas; elle est restée négative dans les cas de Haussmann et de Pron.

Formes cliniques

Nous pourrions multiplier les formes cliniques, car nous avons insisté sur la discordance entre les signes cliniques et les signes radiologiques. Nous pouvons citer :

des formes pseudo-cancéreuses,
des formes pseudo-ulcéreuses.

des formes gastriques chroniques,
des formes sténosantes.

Au point de vue du diagnostic, il faut insister sur cette discordance apparente entre les symptômes cliniques et la radiologie. Ainsi dans les cas que nous avons pu suivre dans le service de notre Maître, le Dr Basch, on trouvait cliniquement une symptomatologie nette d'ulcère d'estomac, tandis que la radiologie nous disait sténose médiogastrique. Dans les cas de Hausmann, la clinique et la radiologie disent ulcère, mais l'étude du chimisme gastrique montre une anachlorhydrie prononcée. Il pose le diagnostic de la syphilis et l'effet du traitement lui donne raison.

Dans d'autres cas on trouve une infiltration massive faisant penser à un cancer dans un stade avancé. Pourtant l'état général est conservé, l'anémie est minime et le traitement antisyphilitique fait fondre rapidement cette tumeur « maligne ».

Quelquefois, on trouve une sténose, mais on remarque son évolution extrêmement rapide (en absence d'anamnèse pathologique). Nous rappelons ici le cas de Chrzanowski qui n'avait trouvé que des modifications insignifiantes de la paroi lors de son premier examen radiologique, et qui retrouve un estomac multiloculaire avec une sténose extrê-

mement serrée. Donc, dans tous les cas douteux, il faut instituer sans tarder un traitement antisyphilitique thérapetique intensif.

***

Les anciens auteurs se servaient en général de mercure en friction. Ainsi Andral remarque une amélioration considérable chez sa malade, au bout de 12 séances.

Plus tard, on s'est servi de composés arsenicaux trivalents, de bismuth et de mercure injectable, mais il nous paraît indispensable d'adjoindre, comme Leven y insiste avec raison, à ces traitements un médicament iodé. Leven a préconisé le lipiodol, mais l'iodure de potassium a donné un résultat aussi bon.

L'effet du traitement est remarquable, non seulement subjectivement, mais objectivement. L'amélioration subjective est la première en date. Au bout de quelques injections, les douleurs disparaissent, les vomissements cessent, la malade s'alimente normalement et accuse une euphorie prononcée. Le cas de Pozzi est très caractéristique :

« Le 7 novembre, on institua un traitement antisyphilitique consistant en injections intraveineuses de néosalvarsan. Après la deuxième injection, la

malade ressentit une diminution graduelle de la douleur épigastrique et des nausées. Cette légère amélioration s'accompagna de la disparition des vomissements, et elle n'en présente plus depuis le 17 novembre, sans qu'elle ait de modification de régime. Objectivement, on note également une amélioration très prononcée. » Ainsi, dans notre cas, Mme J... engraisse de 2 kilogrammes en deux mois, tandis qu'elle ne faisait que maigrir depuis l'installation des troubles gastriques. Le contrôle radiologique pratiqué en 1935 montre que les modifications gastriques sont lentes mais également nettes. Les sillons de la grande courbure sont moins profonds, son profil moins dentelé, la biloculation est à peine marquée. Le dernier contrôle pratiqué en mai 1938 montre un estomac tout à fait normal au point de vue de la motricité et du chimisme. La malade se porte tout à fait bien, elle pèse 69 kilogrammes, elle ne ressent plus aucun trouble gastrique. Pourtant, elle ne suit aucun régime. Ces cas sont confirmés par toutes les observations. Sous l'effet du traitement antisyphilitique, il y a une transformation « magique ». Pour finir, insistons seulement sur les faits que l'adjonction de l'iodure de potassium comme agent antiscléreux est absolument indispensable. En l'absence de traitement, le pronostic nous paraît défavorable. Dans le cas

d'ulcère, il faut craindre des complications (perforation rapportée par Soules). Dans d'autres cas, une rétraction scléreuse qui provoque la multiloculation peut s'ensuivre, si on n'intervient pas chirurgicalement elle mène à une cachexie rapide.

OBSERVATIONS

Le diagnostic de la syphilis gastrique, dans les observations de 1 à 14, repose sur les données cliniques, examens radiologiques et les effets du traitement. Dans les observations de 14 à 22, les auteurs ne se basent que sur l'examen clinique et les résultats du traitement.

OBSERVATION N° 1

Basch et Kipfer

Le 14 avril 1934, une jeune femme de 24 ans, Mme Jos. Germaine, s'est présentée à notre consultation à l'hôpital Tenon pour des troubles digestifs remontant à une année exactement. C'est en effet en avril 1933 que pour la première fois la maladie se met à souffrir après le repas. Ce sont des douleurs peu intenses, semble-t-il, survenant aussitôt après le repas, siégeant à l'épigastre, ne se prolongeant pas au-delà d'une demi-heure et s'accompagnant de nausées allant parfois jusqu'à des vomissements liquides, contenant peu d'aliments, vomissements non acides, et dont l'apparition marque la fin de la crise douloureuse.

Ces épisodes quotidiens se répètent pendant une quinzaine de jours, puis, après un entr'acte de trois à quatre jours, reprennent pendant une nouvelle période de durée à peu près égale. Un traitement prescrit en ville et sur lequel nous manquons de précision, mais qui consistait, semble-t-il, en un régime et en prise de poudre inerte et d'antispasmodiques, reste inopérant et notre malade souffre à nouveau de la même manière en août et novembre de la même année. En mars 1935, nouvelle poussée douloureuse, mais plus intense. Les douleurs sont plus vives, durent longtemps. Les vomissements survenant chaque fois après chaque repas amènent un état d'amaigrissement qui se chiffre par une perte de poids de 14 kilogrammes depuis le début des troubles, c'est-à-dire en moins d'un an. Tout cet ensemble décide la malade à venir consulter.

L'histoire clinique oriente vers l'hypothèse d'un ultère gastrique. L'examen révèle une douleur peu intense au niveau de l'épigastre, et l'on fait faire aussitôt un examen radiologique dont le résultat nous apparaît surprenant : l'estomac ptosé présente les signes les plus nets d'une sténose médio-gastrique; la grande courbure est fortement entamée à sa partie moyenne par une échancrure profonde dont le versant supérieur est dentelé irrégulièrement en dents de scie, comme découpé aux ciseaux (Benhamou). En regard de ce sillon se voit, sur la petite courbure, une large encoche à bords réguliers, et qui semble d'origine spasmodique. Ces déformations qui se retrouvent sur tous les clichés étranglent l'estomac à l'union de son tiers moyen et de son tiers inférieur et déterminent une biloculation des plus nettes.

D'autres anomalies siègent sur le bulbe duodénal. Sa

grande courbure verticale, en falaise; sa petite courbure fortement convexe lui confère un aspect semi-lunaire. En outre, il recouvre en hauteur une vertèbre et demie, et il est fortement déplacé vers la gauche en position presque para-vertébrale. Ces altérations de la grande courbure, dont l'importance contraste avec la pauvreté des signes cliniques, nous amène à revoir de près notre malade dont l'interrogation et l'examen clinique mettent en évidence les particularités suivantes qui avaient échappé à un examen forcément hâtif et entièrement axé sur les troubles gastriques dont elle se plaignait. Cette jeune femme de 24 ans, grande, bien constituée, a accouché à 7 mois et demi de deux jumeaux, de sexe différent. Le garçon était mort-né et la fille est morte à 18 jours de cause imprécisée. Mais surtout on note d'importantes anomalies dentaires siégeant sur le maxillaire supérieur. Les incisives médianes sont ponctuées, les incisives latérales sont également dystrophiques. La canine gauche est en tournevis, la prémolaire gauche est mal implantée. Enfin, l'examen sérologique pratiqué au laboratoire central de l'Hôpital Hérold donne une résultat fortement positif.

Bordet-Wasserman ++++.

Jacobstahl ++++.

Hecht ++++.

Rien de notable dans les antécédents héréditaires ni collatéraux. Le mari de Mme Germaine est bien portant. Son Bordet-Wasserman est négatif. Munis de ces renseignements, nous instituons aussitôt, à l'exclusion de tout régime et de tout autre thérapeutique, un traitement antisyphilitique énergique (novarsénobenzol : 5,30; bivatol : 9 injections seulement, la malade ayant eu une stomatite; iodure de potassium : 3 gr. par jour, 20 jours

par mois). Les troubles digestifs s'amendent dès la fin du premier mois de traitement et Mme Germaine engraisse de 2 kilogrammes, alors que, depuis un an, elle avait continuellement maigri. Après cette première série de traitement, on prescrit des suppositoires mercuriels, puis, comme la malade part en vacances, on institue un traittement buccal de stovarsol et des cachets de proto-iodure. Les résultats de cette cure sont excellents : la patiente ne souffre plus, ne vomit plus, mange de tout et a engraissée de 7 kilogrammes depuis le début de la cure, en moins de six mois.

Les modifications radiologiques sont lentes, mais également nettes. Les sillons de la grande courbure sont moins profonds, son profil moins dentelé; la biloculation est à peine marquée. Les derniers clichés (février 1935) témoignent à l'évidence de cette amélioration.

Par contre, les séro-réactions contrôlées à deux reprises restent très fortement positives. Une ponction sous-occipitale pratiquée en janvier 1935 montre l'intégrité du liquide céphalo-rachidien.

Cellules : 2,6.

Albumine : 0,20.

Benjoin-colloïdal : négatif.

Bordet-Wasserman : négatif.

Enfin, nous avons fait faire, bien que tardivement, un examen du liquide gastrique de notre malade qui a donné les résultats suivants :

Avant histamine. Liquide basique. A.

Acidité totale : 0,58.

HCL libre : néant.

Après histamine : 50 cc. de liquide. HCl : néant.

Cytologie du liquide : quelques cellules épithéliales, quelques polynucléaires.

OBSERVATION N° 2

Benhamou et Blumenzweig

Hab. Basch. Agé de 18 ans, entre à l'hôpital de Mustapha le 8 octobre 1931, pour des vomissements alimentaires qui durent depuis trois mois et des douleurs épigastriques vives et continues. Ces vomissements surviennent le plus souvent dix à quinze minutes après les repas, plus rarement trois à quatre heures après, contiennent la presque totalité des aliments et cependant n'apportent aucun soulagement aux douleurs accusées par le malade. Ces douleurs sont comparées à une pression, à un rongement, à un martèlement, sans paroxysmes bien nets. Pas d'anorexie, constipation opiniâtre.

Quand on examine le malade, on est frappé par son amaigrissement, par l'état de dénutrition et de cachexie où il se trouve, sans qu'on ait l'impression de danger immédiat. On est frappé aussi par son infantilisme, on dirait un enfant de 12 ans, avec l'absence de pilosité, le peu de développement des organes génitaux, l'atrophie des testicules réduits à des cordons fibreux insensibles à la pression. Le poids est de moins de 30 kilogrammes, le ventre est déprimé et ne montre aucune onde péristaltique au niveau du creux épigastrique. L'estomac ne clapote pas à jeun et la palpation, bien que très douloureuse, ne décèle aucune tumeur gastrique. La rate est volumineuse dépassant de quatre travers de doigts le rebord costal. Le foie est légèrement augmenté de volume, micropolyadénite au niveau des régions auxi-

liaires et des plis inguinaux, ganglion sus-épitrochléen de chaque côté. Pas de trace de chancre au niveau de la verge ni au niveau des muqueuses, pas de cicatrice, pas d'accidents cutanés, pas de lésions osseuses, dents encochées avec tubercule de Carabelli sur chaque première prémolaire, voûte palatine non ogivale, rien à signaler au niveau du système nerveux des organes des sens ni des autres appareils.

Dans ces antécédents héréditaires, nous trouvons une splénomégalie de cause inconnue chez sa mère; deux frères et une sœur sont en bonne santé. Dans ses antécédents personnels, pas de paludisme, pas d'autres maladies, sauf un épisode gastrique analogue à celui qui mène le malade à l'hôpital, il y a six mois environ, mais avec des douleurs moins intenses qui durèrent près de deux mois et s'apaisèrent insensiblement sans médication. Pas de passé génital.

En présence de ce tableau clinique ét aussi à cause de l'épisode gastrique antérieur, nous pensons d'abord à un ulcère de l'estomac avec sténose du pylore et pratiquons aussitôt un examen radiologique. A notre grande surprise, c'est une insuffisance pylorique que cet examen révèle avec péristalisme faible. L'estomac, dès que la gélobarine est ingérée, laisse filer le liquide opaque dans le duodénum et l'iléon. La région de l'antre pylorique semble anormalement déformée par une image claire. Nous fixons aussitôt, par une graphie, cette image gastroduodénale, on voit sur le film un estomac de petite dimension, très haut situé, au-dessus des crêtes iliaques, présentant une altération curieuse de la totalité de la grande courbure qui apparaît fortement déchiquetée, anfractueuse, multilacunaire et comme irrégulièrement découpée aux ciseaux. Cette image anormale

éveille aussitôt l'idée de syphilis gastrique. Une réaction de Wassermann reste cependant négative. Un examen du suc gastrique pratiqué avant et après les repas peptonés montre une absence totale d'acide chlorhydrique libre et dans les tubes successifs une acidité totale de 0,40, 0,60, 0,30, 0,30 et 0,30. L'image gastrique anormale et cette anachlorhydrie nous paraît suffisante pour justifier un traitement spécifique d'épreuve. L'absence de passé génital, l'absence de toute trace d'accident cutanéo-muqueux, l'infantilisme du malade permet d'éliminer l'hypothèse d'une syphilis gastrique acquise. Au contraire, la splénomégalie, les ganglions épitrochléens, les stigmates dentaires et cet infantilisme même rendent vraisemblable le diagnostic de syphilis gastrique congénitale tardive. Le traitement antisyphilitique sera énergique et n'emploiera comme arme que la bismuth : dix ampoules de mutanol, puis vingt ampoules de néo-trépol seront injectées sans interruption à raison d'une tous les trois jours, et lentement mais progressivement nous verrons disparaître les troubles fonctionnels et la déformation de l'image gastrique. Le 14 octobre, l'altération morphologique de la grande courbure est toujours la même. L'évacuation gastrique s'est faite sans effort, sans contraction, il y a toujours un certain degré d'insuffisance pylorique et trente minutes après l'injection la plus grande partie du liquide opaque a moulé le duodénum et la masse des anses grêles. Le bulbe semble situé sous le poids et comme fixé, c'est là que la douleur paraît la plus marquée. Le 7 novembre, une radiographie de profil montre l'estomac anormalement dessiné sous l'aspect d'une coupe à champagne, dont la première portion du duodénum représenterait les pieds. De même que la grande courbure, les faces antérieure et posté-

rieure de l'estomac présentent de nombreuses anfractuosités. Le pylore est toujours insuffisant. Le 8 décembre, tout vomissement a cessé et la silhouette de l'estomac est devenue normale. Les contours de l'ombre gastrique sont parfaitement réguliers, le péristaltisme très amélioré, le pylore beaucoup moins insuffisant qu'il n'était. Le 31 décembre, l'aspect véritablement normal de l'ombre gastrique se maintient. On note le retour du péristaltisme ainsi qu'un fonctionnement tout à fait normal du pylore qui laisse passer dans le duodénum les bouchées barytées parfaitement fragmentées. Le 3 janvier, l'estomac est radiographié de profil, il n'est plus déformé en coupe de champagne; il a retrouvé un aspect normal de ses faces antérieure et postérieure.

Pendant ce temps, non seulement H. B. ne présente plus aucun trouble de ses fonctions digestives, mais son poids est passé de 30 kilogrammes (le 11 octobre) à 40 kilogrammes (le 27 octobre). Le 13 mars 1932, le poids sera de 48 kilogrammes 200 grammes, c'est-à-dire que le malade aura gagné plus de 18 kilogrammes en six mois; bien plus, les stigmates d'infantilisme ont disparu progressivement, la taille s'est allongée, les poils ont apparu, les organes génitaux se sont développés et en particulier les testicules ont pris un volume normal et sont devenus sensibles à la pression. Appétit sexuel.

Revu à plusieurs reprises cliniquement et radiologiquement, ce malade est resté guéri, et un an après il pouvait être pris comme soldat, comme tirailleur, et pouvait se livrer aux plus durs travaux avec tous les attributs d'une santé parfaite.

OBSERVATION N° 3 (Résumée)

Kalk H.

Un garçon de 14 ans est amené à la consultation pour des douleurs à l'épigastre, qu'il accuse depuis deux ans. Les douleurs apparaissent soit immédiatement, soit une demi-heure après l'ingestion des aliments. Elles sont suivies, quelquefois, de vomissements alimentaires. Ces troubles ont disparu au bout de quelques mois, mais réapparurent tout dernièrement. Les vomissements sont constants cette fois-ci. L'enfant maigrit rapidement (5 livres en quatre semaines), malgré que son appétit soit parfaitement conservé. Le malade fut examiné précédemment à la clinique universitaire, et dans son dossier on retrouve les données suivantes :

Etat général bon. Poids : 40 kilogrammes. Hémoglobine : 80 %. Globules rouges : 4.400.000. Globules blancs : 6.400. (On note une lymphocytose à 40 %.)

L'examen du contenu gastrique après l'épreuve de Boas montre une anachlorhydrie. En effet, l'acide chlorhydrique n'existe pas et l'acidité totale est de 8°.

A l'examen radiologique pratiqué le 29 décembre 1932, on trouve un estomac petit, rétracté en situation haute qui se rétrécit vers son milieu. Les plis de la muqueuse ne sont pas visibles. L'estomac se remplit très mal et les aliments refluent dans l'œsophage. Malgré l'observation radioscopique prolongée, on n'observe le péristaltisme qu'au niveau de la petite courbure et dans la région prépylorique. Malgré ceci, il existe une incontinence du

pylore, qui laisse passer rapidement la substance opaque. Le bulbe duodénal est normal. La partie inférieure de l'estomac est infiltrée et irrégulière.

On pense au processus inflammatoire ou néoplasique, mais ce dernier paraît le plus probable.

L'examen répété le 7 décembre 1932 montre les mêmes altérations de la paroi gastrique.

On fait donc le diagnostic d'une tumeur maligne et on conseille une intervention chirurgicale. L'enfant est opéré le 14 décembre 1932. On trouve un estomac infiltré en totalité et dans la région de l'angle gastrique on trouve une induration de la paroi. Le long de la petite courbure on voit de nombreux ganglions qui fixent l'estomac. On procède à une biopsie au niveau de l'induration et le 21 décembre 1932 l'examen histologique indique qu'on ne trouve nulle part de transformation tumorale de l'épithélium. L'estomac présente une congestion (éléments histiocitaires et lymphocytaires), et dans les régions superficielles on trouve quelques follicules. Le diagnostic histologique est celui d'une gastrite chronique. Au moment de la convalescence, l'enfant a contracté une scarlatine et fut admis dans la clinique des maladies infectieuses. L'auteur remarque ici immédiatement les dents de Hutchinson et les rhagades qui rayonnent autour de la bouche.

L'interrogation du père de l'enfant révèle qu'il a contracté en 1895 la syphilis en même temps qu'une infection gonococcique. Il présente le psychisme d'un paralytique général, mais les réactions de Bordet-Wassermann et Sachs-Georgi sont négatives. Les tissus prélevés chirurgicalement furent adressés de nouveau au laboratoire d'histologie en vue des recherches de la syphilis. La réponse n'a pas pu le confirmer. La sous-muqueuse est

épaissie en éléments du tissu interticiel et infiltré par les éléments histiocitaires. Les couches profondes sont pauvres en éléments cellulaires libres et montrent par contre un épaississement considérable du tissu conjonctif. La paroi vasculaire ne présente pas de modifications bien nettes. Les lésions qu'on y trouve sont comparables aux lésions qu'on trouve dans les cas d'inflammation chronique.

Il s'agit donc d'un processus inflammatoire, mais on n'y trouve pas de stigmates de la syphilis. Nous savons par contre que la syphilis donne des lésions peu caractéristiques et que les infiltrats péri-vasculaires sont peu fréquents. L'hypothèse de la syphilis n'est pas à rejeter.

On institue une thérapeutique par l'iode bismuth et Or (Solganal). Les douleurs disparaissent rapidement, le poids passe de 37 kg. 5 (23-1-1933) à 46 kg. 800. Dans le suc gastrique on trouve une anachlorhydrie réfractaire aux injections d'histamine.

L'examen radiologique pratiqué le 29-6 montre une disparition progressive des phénomènes pathologiques. Il persiste encore un certain degré de sténose (moins serrée que précédemment).

L'enfant échappe malheureusement à notre observation.

OBSERVATION N° 4

Russel Verbrycke

N. M..., âgé de 13 ans, m'a été amené le 21 avril 1927 par ses parents d'adoption. Adopté alors qu'il était en-

core enfant dans un asile d'orphelins sans savoir qui étaient ses parents. A part la rougeole et la coqueluche, il a toujours été considéré comme un enfant normal et en bonne santé; on lui a enlevé ses amygdales il y a cinq ans.

Il se plaint de douleurs épigastriques et de vomissements, en l'été 1927 il commença à avoir une sensation de plus en plus pénible abdominale comme s'il avait trop mangé. En même temps il commença à souffrir. Quelques mois avant l'examen il a présenté des vomissements survenant peu de temps après le repas, avec rejet considérable du contenu gastrique. Chaque fois un soulagement suivait les vomissements pendant dix à quinze minutes. Il a alors été vu par un gastro-entérologiste qui n'a pas posé de diagnostic, par un radiologue, qui a diagnostiqué un ulcère, et plus tard par un chirurgien qui pensait que ce trouble était dû à une appendicite, et qui l'opéra pour cette affection.

L'enlèvement de l'appendice faillit éclairer les symptômes. Deux semaines avant notre examen, la douleur, la sensation de plénitude, les vomissements s'étaient accentués. Il y avait une perte de poids (il ne pesait que 73 livres), sa douleur commence au moment des repas ou très peu de temps après. Cette sensation ne l'a jamais effrayé au point de l'empêcher de manger.

Pâle, peu déshydraté, l'examen somatique est négatif sauf pour l'estomac, sa T. A. était de 90 mm. de mercure pour la systole et 56 pour la diastole.

Il y avait une longue cicatrice à droite, les muscles étaient bien développés et tendus. On note une légère sensibilité autour de la région pylorique et au voisinage de la cicatrice, aucune anomalie dentaire, pas de ganglions lymphatiques, aucune tumeur perceptible des os.

Les réflexes étaient tous présents et rien ne pouvait faire suspecter la syphilis, l'analyse d'urine était négative.

Le contenu de l'estomac donne la réaction de l'acide chlorhydrique libre, il y avait beaucoup de mucus et peu de sang dans le prélèvement.

Le taux d'hémoglobine était de 65 %, globules rouges 4.400.000, globules blancs 6.500.000.

L'étude fluoroscopique du cœur, des poumons et de l'œsophage se montra négative.

L'estomac avait un aspect particulier, il avait la forme d'une botte et présentait une encoche dans le bas-fond qui s'étendait jusqu'au 1/3 distal, en cet endroit l'ombre devient étroite, donnant l'aspect d'un sablier mais avec un antre complètement rétréci et irrégulier qui avait l'apparence typique de ce que l'on voit dans les malignités avancées. Il resta rempli durant 6 heures, on pensait que cette déformation ne pouvait être due à autre chose qu'à la syphilis. Le diagnostic de syphilis de l'estomac fut donc fait derrière l'écran.

On demanda alors aux parents d'adoption s'ils avaient fait une réaction de Wassermann quand ils avaient pris le bébé, ils n'en étaient pas certains. Ils pensaient que c'était là l'usage de l'asile.

Le sang fut confié au Dr H. Hough qui trouva une réaction de fixation des compléments positive.

L'examen radioscopique fut refait par le Dr E. A. Merrit, qui pensa que la déformation gastrique en plus de l'histoire ressemblait à une syphilis de l'estomac.

Un traitement spécifique fut commencé avec de l'iodure de potassium et de salvarsan par le Dr Hough et plus tard par le Dr Knott. Une amélioration subjective s'installa aussitôt, dans le premier mois l'enfant gagna trois livres et la douleur disparut complètement. Pen-

dant les deux semaines qu'il a eu deux petites attaques douloureuses sans vomissements, des radiographies furent de nouveau pratiquées (après la cinquième piqûre de salvarsan), elles ne montrèrent pas de grandes différences objectives, en dépit de la merveilleuse amélioration subjective, et de son poids fermement accru. Je l'ai examiné un an après le traitement syphilitique. En dépit du traitement continu, intensif, la réaction de Wassermann n'a pas été négative, il se présente comme un enfant différent, pesant 97 livres, alors qu'il n'en pesait que 73 un an avant, il se sent très bien.

L'examen fluoroscopique montra un changement favorable dans les contours de son estomac; mais il y a encore une ombre de son antre qui me fait penser qu'il est fibreux et par conséquent permanent.

Je suis pris d'un doute raisonnable qui s'attache à chaque diagnostic des syphilis gastriques. Dans ce cas l'aspect de l'estomac ne peut pas prouver qu'il s'agit de syphilis congénitale, mais l'examen aux rayons était si typique en apparence et la réponse au traitement syphilitique si brillante que je suis convaincu dans mon cœur de l'exactitude du diagnostic.

OBSERVATION 5

Philippe Soules

En. Ar..., Argentin, né à Buenos-Aires le 30 novembre ? ?, marié, vu pour la première fois le 22 octobre 1935. Antécédents héréditaires. Père mort à 64 ans d'un

sarcome du foie, quinze ans auparavant il avait eu des ictères. Mère à 71 ans est en bonne santé apparente. Elle a eu neuf enfants, dont quatre sont morts. Un à six ans d'hydropisie, un autre à dix ans de chorée de Sydenham, un autre à 18 ans de rhumatisme pollarticulaire avec intense lésion cardiaque, et le dernier à 28 ans de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels, à 2 ans, variole. Il a été toujours très délicat pendant son enfance par sa faible contitution. A 30 ans congestion pulmonaire, à 22 ans blennorragie qui a été bien soignée et guérie. Il nie toute autre maladie vénérienne.

Maladie actuelle. A 28 ans, il commence à souffrir de l'estomac, il était très constipé, il fumait beaucoup et buvait modérément. A cette époque, à la suite de l'ingestion de sulfate de soude, il a eu des fortes douleurs abdominales qui étaient dues selon lui à une grande inflammation colique, laquelle céda avec un régime alimentaire et une thérapeutique appropriée. Quatre ans plus tard il présente des brûlures gastriques, pesanteurs, étourdissements; ayant consulté et après une étude clinique et radiologique, on diagnostique inflammation du duodénum; on lui indique un traitement par piqûres et un régime à suivre pendant deux mois.

L'année suivante il ressent les mêmes symptômes. La radiologie et un tubage gastrique ne donnent pas de renseignements, on fait alors le diagnostic de dyspepsie nerveuse. Pendant deux ans, les troubles ont cessé, puis il recommence à souffrir de plénitude gastrique, surtout le matin à jeun, nausées, fatigue, anorexie, l'ingestion des aliments s'accompagnant de douleurs œsophagiennes.

Deux mois après ces troubles, il est réveillé la nuit

par des fortes douleurs épigastriques, qui durent à peu près six heures. Vu par un praticien, on diagnostique : appendicite, on indique vessie de glace en permanence sur l'abdomen pendant un mois et il est opéré. Quatre jours plus tard, il commence à s'alimenter et une heure après l'ingestion il ressent de fortes douleurs épigastriques qui durent plusieurs heures: le lendemain ce tableau s'est reproduit après le petit déjeuner: les douleurs étaient si vives que le malade était obligé de prendre des positions violentes, grâce auxquelles il avait quelque soulagement. Ces douleurs sont calmées par les vomissements. Il ne mangeait pas pour ne pas souffrir. Quelques jours après, il jugulait ces troubles en plaçant une boule d'eau chaude sur la région épigastrique immédiatement après l'ingestion des aliments. De cette manière il pouvait supporter l'alimentation. Le bénéfice obtenu fut précaire, les douleurs réapparaissaient avec plus d'intensité au bout de quelque temps.

La radioscopie et les différentes radiographies obtenues à cette époque n'accusaient pas des lésions gastro-duodénales selon les rapports du radiologue.

Avant l'appendicectomie, il pesait 58 kilogs, ayant perdu en peu de mois 8 kilogs. Quand il est venu nous consulter, il pesait 48 kilogs.

Examen clinique. Sujet au faciès douloureux, type longiligne, très amaigri, panicule adipeux disparu, il présente du subictère. Réflexes tendineux exagérés, extrémités : os longs rugueux, craquements articulaires.

Réflexes pupillaires normaux, anisodiscorie. Légère myopie, blépharite. Bouche : dents mal implantées, micro et anisodontisme, décalcifications et pyorrhée.

Palais osseux franchement ogival, voile du palais presque ictérique, pharynx congestionné.

Langue saburrale, peu humide, aspect géographique du dos.

Cou : micro-poly-adénopathie bilatérale.

Thorax : rachitique.

Appareil respiratoire : quelques râles sibilants disséminés par bronchite chronique.

Cœur : tons cardiaques normaux; tension 91/2 6 1/2 (Vaquez-Laubry).

Pouls régulier, égal, de fréquence 80 par minute. Aschner positif.

Abdomen : résistant dans tous les quadrants, douleurs très accentuées au niveau de l'épigastre, hypochondre droit et fosse iliaque droite.

Foie augmenté de volume, mesurant 15 cm. sur la ligne médio-calviculaire, peu sensible, lisse et peu consistant. Rate : ne se palpe pas, on la percute dans ses limites normales.

On pratique une radioscopie qui nous montre une énorme niche de l'estomac, implantée sur la face antérieure près de la petite courbure, la base large repose sur un tissu très infiltré, la niche présente une bulle aérienne qui permet de constater la minceur de la paroi à ce niveau, prévoyant une prochaine perforation.

Duodénum peu déformé; on peut voir un ulcère de la face antérieure.

Nous n'effectuons pas de tubage gastrique vu l'imminence de la perforation. La recherche du sang dans les selles a été franchement positive à plusieurs reprises.

Séro-réaction de Wassermann et Kahn, toutes deux négatives.

Examen du sang : anémie accentuée à 3.800.000, hypochromique, la formule leucocytaire accuse une lymphocytose un peu augmentée.

Diagnostic : ulcère gastrique, face antérieure, partie moyenne, près de la petite courbure. Ulcère duodénal. Périviscérite droite. Insuffisance hépatique et cholescystite. Hérédo-syphilis.

Traitement : repos absolu en Trendelenburg, vessie de glace en permanence sur le creux épigastrique, bismuth, alcalins, régime alimentaire que l'on augmentera peu à peu, et suppositoires de mercure (Gambéol).

Quelques jours plus tard, nous revoyons le malade, celui-ci, qui avait fait ces mêmes traitements de bismuth et alcalin et repos sans résultat, remarque que depuis qu'il a commencé l'usage des suppositoires, le traitement produit un meilleur effet. Il est moins nerveux, dormant bien et sans trouble.

Nous revoyons le malade avec le Dr Barbe et nous le trouvons en franche amélioration, quoique présentant encore une légère résistance épigastrique, mais n'ayant pas de douleurs.

Quelques jours plus tard, n'ayant pu joindre son médecin traitant, je suis appelé en toute hâte et constate le tableau d'une perforation qui s'était produite quatorze heures auparavant, après un repas trop copieux.

L'examen révèle l'immobilité avec rétraction de la paroi abdominale, grande contracture épigastrique, hypogastre indolore à la palpation, disparition de la matité hépatique, pas de vomissements, température 37°2, pouls à 75.

Vu le nombre d'heures passées depuis le moment de la perforation et que les douleurs s'atténuaient, l'état général restant bon, nous soupçonnons une fissure de l'ulcère et d'un commun accord avec son médecin, nous le revoyons quelques heures après et nous décidons d'attendre, prêts à opérer le cas échéant.

L'amélioration ne tarda pas à se produire, quoique les douleurs persistaient à certains moments, en général après l'ingestion d'aliments. Nous commençâmes alors sa préparation pour lui permettre de supporter une gastrectomie. Nous essayâmes diverses médications injectables parmi lesquelles la Laristine, sans résultat appréciable. On lui fit du Campolon de l'Hémostra, vaccin anti-bronchopneumonique et hygiène dentaire. Il pesait alors 40 kilogs.

Le 24 décembre 1935, le Dr Espil l'opère. Anesthésie locale continuée ensuite avec un peu d'éther.

L'incision de la paroi saigne beaucoup, sang noirâtre. On arrive au péritoine et celui-ci ouvert on constate une grande quantité d'adhérences, on expose l'estomac qui est recouvert d'un tissu scléreux très vasculérisé surtout au niveau de l'ulcère dont le siège est bien sur la face antérieure près de la petite courbure. Le duodénum présente aussi les signes d'un ulcère de la face antérieure avec une grande réaction péri-duodénale. Le foie est gros, congestif, ne présente pas d'indurations, ni irrégularités. A la palpation gastrique, on apprécie dans presque toute l'étendue de la face antérieure et surtout au niveau de la base d'implantation de l'ulcère une infiltration très marquée qui fait penser à une néoplasie ulcérée. Il y a des ganglions infarctés, tout le long de la grande courbure, de différentes grosseurs; on en extirpe un pour l'examen histologique.

Le chirurgien, étant donné l'étendue de la lésion, l'énorme quantité d'adhérences et la trop grande vascularisation, ne juge pas possible la gastrectomie et réalise une gastro-entérostomie antérieure atypique. Post-opératoire excellent.

Le diagnostic était donc incertain, ou bien il s'agis-

sait de la syphilis tumorale ulcérée ou de cancer gastrique ulcéré avec ulcère duodénal.

La biopsie du ganglion extirpé ne montre pas de cellules néoplasiques mais une forte réaction inflammatoire du système réticulaire.

Nous recommençons le traitement à base d'alcalins, bismuth, régime et antisyphilitique léger par voie rectale.

Le malade augmente de 6 kg. au cours des premiers quinze jours. Il a une convalescence parfaite et se sent très bien pendant le mois et demi qui suit. Deux mois après son opération, il vient consulter et se plaint de fortes douleurs à l'hypocondre droit, accompagnées de vomissements bilieux, cet épisode dure deux jours. Nous conseillons, pour éviter ces crises hépatiques, de supprimer les graisses et surtout de ne pas abandonner le traitement spécifique que le malade avait laissé sans demander notre avis. Il continue à augmenter de poids. Nous le revoyons, au mois de juillet, c'est-à-dire sept mois après l'opération. Il n'a plus eu de crises depuis qu'il a recommencé l'usage des suppositoires mercuriels; il mange de tout, pèse 60 kg., ayant donc augmenté de 20 kg. L'examen clinique ne présente aucun symptôme gastrique, la résistance a disparu et on ne réveille aucune douleur à la palpation. On obtient alors la radiographie n° 3 dans laquelle on observe une grande réduction de la niche, la fonte de la tumeur, la réapparition des plis de la muqueuse, et le parfait fonctionnement de la bouche de gastro-entérostomie.

Le foie a diminué de volume, mesurant 12 centimètres.

Octobre 1936, il pèse 68 kg., il a donc augmenté de 28 kg., se sent parfaitement bien et nous obtenons la radiographie n° 4.

En décembre 1936, ayant laissé le traitement spécifique sans indication, il a de nouveau une petite crise hépatique qui disparaît aussitôt qu'il recommence les suppositoires; voyant la grande utilité de ces derniers, il en use une boîte tous les mois.

Février 1937. Le poids est stationnaire : 68 kg. L'état général est excellent. Cliniquement et radiologiquement, il est guéri.

OBSERVATION N° 6

Haussmann

Jeune fille de 23 ans vient consulter pour des troubles gastriques. C'est une sensation d'oppression et de pesanteur après les repas. Ces troubles apparaissent une ou deux heures après les repas et se terminent, souvent, par un vomissement.

A l'âge de 21 ans, la malade a fait une hématémèse. Elle a été soumise au traitement de l'ulcus. Mais le résultat a été peu favorable. Les douleurs apparaissent, (depuis un mois) tous les jours, presque.

A l'examen : Structure hypoplastique infantile. Les seins, ainsi que les poils du pubis infantiles. L'examen dentaire révèle des dents de Hutchinson. L'état de nutrition est mauvais. Les poumons et le cœur sont normaux, mais l'aorte paraît légèrement élargie. (On trouve une zone de matité de chaque côté du sternum).

Le foie n'est pas gros, mais il est palpable au moment de l'inspiration profonde.

La rate est palpable et percutable. Pas de tumeur à l'épigastre, pas de résistance à la palpation. La grande courbure est sentie deux travers de doigt au-dessus de l'omilic. Le colon transverse est palpable trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Comme nous l'avons déjà indiqué, pas de résistance à la palpation, pas de tumeur, mais sur la ligne médiane au-dessous du bord hépatique, une sensibilité à la pression et ce qui nous paraît encore plus important, une sensibilité très nette à la percussion. Cette zone de sensibilité à la percussion s'étend du bord hépatique jusqu'au colon (qu'on a senti à la palpation). Elle disparaît aussitôt qu'on a atteint le colon. Le point de sensibilité maxima siège deux travers de doigt au-dessous du bord hépatique.

Pas de liquide gastrique à jeun. Après un dîner composé de matières amylacées, on ne trouve pas de résidu de cette matière même en la cherchant par l'iode. Après le déjeuner d'épreuve, acidité totale 18°, pas d'acide libre, la recherche du sang occulte est positive dans les selles. Ceci nous fait penser qu'il s'agait ici de l'ulcus de l'estomac et que les douleurs et les hématémèses ne sont pas d'origine hépatique. La sensibilité à la percussion, dont le point maximum est situé sur la ligne médiane, deux travers de doigt au-dessous du rebord hépatique, nous fait penser à un ulcus de la petite courbure. L'examen radiologique pratiqué immédiatement montre une niche qui siège à ce niveau. La réaction de Wassermann était négative, mais l'auteur est persuadé qu'il s'agit ici d'un ulcus d'origine syphilitique, étant donné l'anacidité tout d'abord, et deuxièmement l'aspect hypoplasique infantile de la malade. L'auteur attribue une grande valeur à la constatation de dents de Hutchinson.

L'interrogatoire révèle que la mère de la malade a fait trois fausses couches. Les autres enfants sont très maladifs. Son père est mort, il y a trois ans, dans un asile (P. G. probablement). L'examen de la mère de la malade révèle qu'elle est atteinte d'une aortite. Wassermann pratiqué dans son sang s'est montré positif. On trouve des dents de Hutchinson chez sa sœur cadette qui est hypoplasique également. On ne pouvait donc plus douter qu'il s'agissait ici d'un ulcère syphilitique de la petite courbure.

On institue un traitement par novar. Au bout de cinq semaines, plus de douleur à la percussion ni à la palpation, le contenu gastrique est devenu normal, acidité totale : 24. Acidité libre, 2. Pas d'hémorragie occulte. Le foie et la rate sont normaux. Traces d'albumine dans les urines et pas de cylindre ni érythrocytes. Amélioration de l'état général.

OBSERVATION N° 7

Pozzi

Syphilis sclérogommeuse du tractus du duodéno-pylorique.

C. Isa..., âgé de 17 ans, les parents sont vivants, mais tous deux syphilitiques. Trois frères sains, quatre sont morts en bas-âge d'affection non précise. Un frère fut mis à l'allaitement mercenaire et a contracté la syphilis, en retournant dans sa famille, il présentait des manifestations syphilitiques cutanées et muqueuses, il fut

laissé avec les autres enfants en contact continuel, dormant avec eux dans le même lit.

Dans l'anamnèse de la malade on relève : à 7 ans une urticaire, à 8 ans une typhoïde d'une durée de deux mois sans complication, à 10 ans entérite qui a duré quelques mois, sans fièvre, mais avec douleurs et brûlures abdominales, après les repas, et selles fréquentes, muqueuses ne contenant pas de sang. A 12 ans elle contracta le paludisme survenant par intervalle qui dura un an environ.

A 15 ans, avec l'installation de ses règles, elle commença à souffrir de douleurs épigastriques survenant de suite après les premières bouchées alimentaires, d'une heure de durée environ, d'intensité moyenne et irradiant en arrière dans le dos. Pas de vomissement, pas d'hyperchlorhydrie, ni éructations. Cette douleur s'est présentée à de courts intervalles (de un à deux jours, jusqu'à une semaine) et chaque fois aux deux repas de la journée. Le matin, jamais de sensations de pesanteur épigastrique, jamais de brûlure. Un an après, les conditions demeurant invariables, subitement les douleurs devinrent plus intenses, on lui conseilla la diète lactée qui calma immédiatement les douleurs, mais lorsque la malade essayait de reprendre l'alimentation ordinaire les douleurs reprenaient, accompagnées de vomissements matutinaux sans odeur, sans goût. La malade dut être opérée à l'hôpital Saint-Jean.

A l'intervention, l'exploration minutieuse de l'estomac ne permet de relever aucune anomalie, l'examen du duodénum est négatif, de même que celui du colon, le péritoine est normal. Correspondant à la face postérieure de l'estomac existent des adhérences que l'on peut facilement enlever. La paroi gastrique correspondante ne

présente pas de déformations ni d'infiltrations.

Vu les adhérences l'examen gastrique négatif et leur caractère de laxité dû à un processus extra-gastrique, on recoud la paroi abdominale sans intervenir sur l'estomac; suites opératoires normales.

Cependant, vingt jours après l'intervention, la douleur apparaît avec son siège initial mais cette fois, elle a des caractères différents, elle apparaît constante, une heure après les repas, d'intensité assez grande et diffusant ailleurs que dans le dos, sur les côtés aux deux bases thoraciques, dans tout l'abdomen et dans la région lombaire. Les douleurs ont une durée assez brève, laissant la malade abattue et indolente. Une acidité notable est apparue indépendante des repas, ainsi que des vomissements intermittents à intervalle de quelques jours, survenant deux à quatre heures après les repas et composés de résidus alimentaires, du repas antérieur, sans saveur ni couleur spéciale.

Les urines sont normales, jamais de fièvre, n'a jamais présenté d'ictère.

Le 23 septembre 1932, elle entra à la clinique.

Malade petite; les masses musculaires sont peu développées, le squelette est normal, la peau est colorée, les muqueuses sont bien humides, pas d'œdème, pouls à 84, respiration 20, température normale. Cœur et poumon normaux.

De volume normal, l'abdomen présente une cicatrice ombilicale lisse, cicatrice épigastrique de la laparotomie, il n'existe pas d'ascite libre. La palpation profonde réveille une douleur correspondant à la région colique et sur le colon transverse. La pression digitale est douloureuse, surtout en un point situé sur la ligne médiane à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Les orga-

nes de l'hypocondre sont normaux, la rate est augmentée, de volume lisse, non douloureuse. Petits ganglions durs, indolents dans tout le territoire lymphatique, l'examen du système nerveux reste négatif.

On ne trouve rien d'anormal à l'examen chimique et microscopique de l'urine.

Sang : Hémoglobine 90 % ; G. R. 5.100.000; G. B. 5.700.000; polynucléaires neutrophiles 44 % ; lymphocytes 41 %; monocytes 5 %.

Cuti-réaction à la tuberculine négative, réaction de Wassermann positive.

Examen du contenu gastrique donne à jeun une petite quantité de liquide clair à réaction neutre. Une heure après, après le repas d'épreuve, le liquide extrait présente une réaction d'acide très faible, l'acide chlorhydrique libre n'est pas dosable, l'acidité totale est de 0,09 en acide chlorhydrique, pas d'acide lactique ni de sang.

L'examen des fécès montre la présence de mucus, de sang et de nombreuses formes végétatives d'Amoeba Hystolitica. A son entrée à la clinique, la malade présentait une douleur spontanée à l'épigastre, survenant le soir après le repas ordinaire, accompagnée de nausées et de vomissements. Les selles étaient diarrhéiques, fréquentes, en partie muqueuses.

Mise bientôt à l'émétine, elle ne fut pas améliorée. On pratiqua alors un examen radiologique qui a donné le résultat suivant :

L'estomac à siphon gauche, la région de l'antre n'apparaît pas très nettement et la palpation est douloureuse, correspondant à la partie supérieure de la cicatrice opératoire. Il existe un spasme préantral persistant sur la grande courbure, le péristaltisme est d'abord

lent, puis plus vif. Le repas passe rapidement le pylore qui apparaît linéaire, sans formation caractéristique de l'antre et de la région pylorique. Le trait correspond à la cicatrice opératoire qui est peu mobile et douloureux.

Les radiographies pratiquées en série mettent en évidence l'aspect linéaire de la région pyloro-duodénale. On voit toute l'anse duodénale, le bulbe est peu déformé. La portion descendante est injectée, en permanence, par le courant rapide du repas qui, après une demi-heure, a presque complètement abandonné l'estomac, mais sept heures après, il y a un résidu. L'angle colique droit est douloureux, irrégulier. Vingt-quatre heures après, le colon est vide, sauf aux deux angles, la baryte est accumulée dans le rectum, les signes radiologiques sont ceux d'une lésion pyloro-duodénale.

De tels résultats et la réaction de Wassermann positive firent alors surgir l'idée qu'il s'agissait d'une syphilis gastrique. Refaite, la réaction de Wassermann fut constamment positive et il y avait ce fait très intéressant que les deux parents de la malade étaient des syphilitiques certains, on pouvait donc admettre logiquement la syphilis comme cause de la lésion gastrique.

Le 7 novembre, on institua un traitement anti-syphilitique consistant en injection intraveineuse de néosalvarsan, après la deuxième injection, la malade ressentit une diminution graduelle de la douleur épigastrique et des nausées. Cette légère amélioration s'accompagna de la disparition de vomissements, elle n'en présenta plus depuis le 17 novembre, sans qu'elle ait de modification de régime.

L'état général est meilleur (elle a augmenté de 3 kg.). Un nouveau sondage gastrique pratiqué à jeun a donné :

suc gastrique riche en pigments biliaires, pas de mucus, la réaction est neutre, il n'y a ni acide lactique, ni sang.

La malade continue à prendre du mercure, sans ressentir aucun trouble, elle note elle-même une amélioration et la possibilité de s'alimenter de mets indifférents.

Le 10 janvier, l'examen radiologique est semblable aux précédents, seule une image mésogastrique est persistante, et la région antrale tend à se dessiner de telle sorte que le trait qui, dans les examens ultérieurs, représentait la région pylorique apparaît plus bref et plus large.

La malade a continué à suivre un traitement antisyphilitique, la réaction de Wassermann reste positive, par contre les douleurs gastriques ont complètement disparu.

Une radiographie pratiquée le 31 mai 1927, à une distance de cinq ans, montre la restitution totale du trajet duodéno-pylorique, le bulbe est évident. Seul le vidage du pylore dans le duodénum est excentrique et le pylore est encore légèrement déformé. l'estomac se vide dans un temps voisin de la normale.

OBSERVATION N° 8

Steinhardt

Le 16 mai 1933, G. E., 17 ans, vient consulter pour des douleurs au niveau de l'épigastre qui apparaissent au moment des repas. Tout dernièrement, ces douleurs

deviennent de plus en plus vives, elles s'accompagnent de rougeurs à la face en empêchant toute alimentation. Ces semaines dernières, les vomissements sont apparus, alimentaires, muqueux, comparables au blanc d'œuf et toujours au moment des repas. Le malade a essayé d'ingérer des aliments liquides, mais sans soulagement. Il décrit de la manière suivante ce qu'il sent au moment des repas. Les liquides descendent à une certaine hauteur de l'estomac seulement, comme s'ils descendaient dans un petit vase. Ils s'arrêtent ici pendant quelque temps et à un moment donné le malade sent comme si un clapet s'ouvrait à l'intérieur et les aliments descendent dans un compartiment inférieur, et dans un troisième compartiment ensuite. Il est rare que tout se passe si simplement. A un moment donné, le malade sent une crampe très pénible et le contenu gastrique est rejeté en dehors. Le malade se nourrit donc très mal et tout dernièrement a maigri de 8 kilogs.

Taille moyenne : le squelette paraît normalement développé. L'état général est mauvais, peau sèche, muqueuse pâle, crâne dolichocéphalique. Front haut, pupuilles réagissant bien à la lumière et à l'accommodation, dentition mauvaise, à type des dents de Hutchinson. Sur la figure on trouve des cicatrices rayonnantes autour de la bouche; poumons, cœur normaux. Douleur à l'épigastre à la pression. Les autres organes sans changement. Traces d'albumine dans les urines.

Examen complémentaire : pas de sang dans les selles, globules rouges, 4.160.000. Globules blancs, 4.800. Lymphocytes, 48 %.

Le premier examen déjà nous fait penser qu'il s'agit ici de la syphilis. L'examen du sang le confirme. B.W.+++. L'examen radiologique : estomac de gran-

deur normale. La sécrétion est très augmentée. la muqueuse paraît épaissie, les contours sont réguliers. les mouvements péristaltiques vifs, l'estomac se vide très rapidement (au bout de deux heures). le bulbe duodénal se remplit irrégulièrement et incomplètement. Il paraît rétréci. Au-dessus de la couche barytée. il a une couche moins sombre. Etant donné ces signes on pense à un catarrhe de l'estomac.

L'examen radiologique pratiqué au bout de trois mois ne montre pas de changement.

Le 9 octobre 1933 (huit mois après), à l'examen radiologique, on trouve un aspect tout à fait différent. Le malade ayant avalé quelques gorgées de baryte. l'estomac paraît se remplir sous une forme semi-circulaire, mais quelques instants après, une poche d'une grosseur d'une prune se dessine au-dessous. Ensuite un canal qui donne le passage au baryte apparaît. Une autre poche se dessine, un deuxième canicule apparaît et met cette poche en communication avec la poche inférieure. qui se trouve dans la région de l'antre pylorique. Le pylore est invisible, le bulbe duodénal irrégulier et rétréci, par des mouvements péristaltiques, les parois de l'estomac sont rigides et nettement dessinées. la baryte passe facilement dans l'intestin.

Nous avons donc assisté à une transformation extrêmement rapide de l'image radiologique. La nouvelle image a le caractère d'une néoplasie. Ce n'est qu'en connexion avec les données cliniques qu'on peut poser le diagnostic de la syphilis. B.W. + + + dans le sang permet de la confirmer. Le malade est mis au traitement antisyphilitique; au bout de six mois, on fait un examen de contrôle; l'estomac paraît composé de trois parties superposées communiquant entre eux à l'aide de

tuyaux qui sont plus larges qu'au moment de l'examen précédent, pas de péristaltisme, l'estomac se vide immédiatement.

Après un an de traitement (le 15 mars 1935) l'estomac est beaucoup plus large, les tuyaux de communication qui étaient très fins précédemment ont le calibre de 3 centimètres. Le fond de l'estomac est large, l'estomac se vide en deux heures. On a donc eu un succès non seulement au point de vue radiologique mais clinique également, car le traitement a fait disparaître rapidement les douleurs, les vomissements et le malade a augmenté de 7 kilogs. Le traitement consistait en injections de novar et de bismuth.

OBSERVATION N° 9

Jean Chrzanowski

Le malade B. A. est rentré à l'hôpital le 2 juin 1933. Il se plaint d'une fatigue générale, de l'anorexie et de renvois alimentaires. Il éprouve des douleurs vives à l'épigastre avec irradiations sous le rebord costal gauche. Les douleurs ne sont pas rythmées par les repas, et apparaissent à chaque moment de la journée et de nuit, elles durent deux, trois heures. Trois à quatre fois par semaine, le malade vomit abondamment. Le début clinique remonte à six mois et les signes ne font que s'accentuer. Le malade a maigri de 10 kilogs pendant ce temps-là. Comme antécédents, il faut noter que le malade était très faible et maladif dans l'enfance. Son

père est mort à l'âge de 40 ans, d'une cause inconnue de lui, sa mère souffre d'une maladie gastrique, ses frères se portent bien.

L'examen somatique montre un homme de taille moyenne, l'état général est mauvais, le malade ne pèse que 48 kilogs, les muqueuses sont pâles, le nez est en selle, les incisives supérieures présentent des altérations caractéristiques de la dent de Hutchinson. Adénopathie au niveau du cou. Poumons et cœur normaux. A l'épigastre, on note une résistance douloureuse à la palpation. Foie et rate normaux. Système nerveux indemne. Température 37°.

Examen para-clinique : nez rinite sèche; contenu stomacal : le suc gastrique contient du sang, abondance 40 cm., réaction acide, acide chlorhydrique 9°, acidité totale 35°, au microscope quelques groupes de leucocytes et un peu de mucus. Après les repas d'épreuves, contenu 80 cc. Degré de digestion : 2. Acide chlorhydique, 7°. Acidité totale 27°.

Examen du sang : réaction de Wassermann+++, Bordet+++, MacIntosh+++, Sachs++, Meinicke++. Hémoglobine 85 %. Globules rouges, 5.060.000. Globules blancs, 6.300. Une certaine lymphocytose. Hémorragie occulte dans les selles.

Examen radiologique : La gélobarine descend en bas suivant la petite courbure en dessinant une ligne étroite et irrégulière. Au niveau de la partie moyenne de la petite courbure, on observe une niche; en face (sur la grande courbure), une rétraction. En plus, la partie inférieure paraît infiltrée.

Au point de vue du diagnostic, il faut discuter le cancer et la syphilis. Etant donné l'âge du malade et les signes observés cliniquement, c'est-à-dire le nez en selle

et les dents de Hutchinson ainsi que les réactions sérologiques (BW positif), on s'incline vers le diagnostic de la syphilis gastrique et on institue un traitement actif. On fait du novar jusqu'à 3 gr. et du Luatol intramusculaire, mais après cinq injections on a dû cesser le traitement bismuthé, car le Luatol provoque une stomatite. En même temps on administre de l'iode à dose élevée que le malade supporte très bien (jusqu'à 14/8). On fait des contrôles radiologiques de temps à autre. Le 26, l'image est identique à la précédente. Le 15 juillet, le cardia et les parties moyennes de l'estomac sont normaux. Plus de niche, ni de rétraction. Par contre, l'antre pylorique est rétréci.

Le 2 août, corps régulier. Les contours sont réguliers.

L'examen du contenu gastrique pratiqué de temps en temps montre la diminution de l'acidité totale. La réaction BW reste positive. Le malade se porte de mieux en mieux, les douleurs disparaissent progressivement en même temps que les vomissements, l'appétit est bon, le malade se sent plus fort et le poids augmente. Le 14 août, il pèse 56 kiilogs.

OBSERVATION N° 10

J. Strauss

Un enfant cachectique m'a été amené à la consultation le 5 septembre 1923. L'interrogation révèle que l'enfant vomit depuis quatre mois environ, le vomissement devient de plus en plus abondant et empêche l'alimentation. Les vomissements suivent toujours l'in-

gestion des aliments, on ne les note jamais en dehors des repas. Des douleurs vagues n'apparaissent que par intermittence, mais progressivement elles deviennent de plus en plus accentuées et cette périodicité primitive disparaît.

Comme antécédents, à 4 ans une diphtérie et une scarlatine, en mars 1918 l'enfant présente une blépharo-conjonctivite qui exige un traitement prolongé. L'interrogation de la famille révèle que la mère de l'enfant a eu deux avortements avant la naissance de l'enfant. La réaction de Bordet-Wassermann chez elle ainsi que chez l'enfant sont fortement positives.

A l'examen du malade, on note un péristaltisme et l'auteur suppose qu'il s'agit ici d'un péristaltisme de cause gastrique.

A la palpation, on trouve une masse nette à l'épigastre. Le suc gastrique extrait à jeun renferme des petites masses et à l'examen microscopique on identifie plusieurs leucocytes.

A l'examen du suc gastrique : acide chlorhydrique absent, acide lactique absent, au microscope nombreux leucocytes et cellules épithéliales, la recherche de sang dans les selles est restée négative.

L'auteur pose le diagnostic de la sténose gastrique; comme étiologie il invoque la possibilité d'une tumeur, malgré la rareté de carcinome.

On pratique l'examen radiologique qui révèle la présence d'une tumeur circulaire au niveau de la partie antérieure de l'estomac.

Le compte rendu : L'œsophage est normal, l'estomac ne se remplit que dans sa partie supérieure. La tolérance de l'estomac est très petite, en effet, la malade

vomit dès qu'elle a absorbé quatre cuillerées à soupe de substance opaque.

Au bout de cinq minutes, on note une fine bandelette qui fait communiquer la partie supérieure avec la poche inférieure de l'estomac. Le duodénum n'est que partiellement et irrégulièrement rempli. Au bout de 30 minutes, la poche supérieure se vide légèrement, la masse opaque pénètre donc dans la partie inférieure et dessine les premières anses de l'intestin grêle. On voit encore le pont qui unit les deux parties de l'estomac.

Soixante-quinze minutes après (le malade a vomi dans l'intervalle), le repas opaque qui a pu franchir la sténose serrée dessine les anses grêles et le gros intestin.

On conseille une intervention chirurgicale, mais étant donné que son état général est lamentable (37 kg.), on institue une suralimentation par les lavements nutritifs; la malade reprend 5 kilogs en une semaine. On opère la malade sans instituer un traitement antisyphilitique à cause de la sténose très serrée. On trouve un estomac en sablier très infiltré et sans qu'il soit possible de délimiter nettement la zone malade et la zone non infiltrée. On pratique une gastroentérostomie antérieure. On prélève un morceau de la paroi en vue de l'examen histologique, dont voici les résultats : la couche musculeuse est très développée, de chaque côté, elle est recouverte du tissu fibreux qui est lâche et contient de nombreux vaisseaux. On suppose qu'il s'agit ici d'une sous-muqueuse très épaissie, mais il est impossible de faire le diagnostic précis, car on ne retrouve nulle part de muqueuse. A noter qu'on ne trouve pas d'adénopathie. Cette image nous fait penser à une cirrhose de l'estomac qu'on appelle linite plastique.

Etant donné qu'on n'a pas pu trouver nulle part l'in-

filtration péri-vasculaire, on ne peut pas faire le diagnostic de syphilis gastrique, mais cette hypothèse n'est pas à rejeter, car on connait la fréquence des images atypiques de la syphilis.

OBSERVATION N° 11

G. von Poswik

Le malade m'a été adressé pour l'examen radiologique le 8 mai 1915. Il était âgé de 28 ans. A l'interrogation il accuse surtout une douleur épigastrique qui augmente à la pression, et les vomissements contenant des aliments ingérés les jours précédents et fréquemment de la bile. Il dit avoir perdu 43 livres en une année. Sa femme et son enfant étaient bien portants. Au moment de l'examen, il pesait 118 livres (50 kilogs) ; il se plaignait d'une faiblesse extrême, mais l'appétit était conservé. Le malade dormait bien. D'après l'interrogation, il n'avait jamais été malade et déniait toute infection syphilitique, sa femme et son enfant étaient bien portants.

Examen radiologique : A l'examen radioscopique, le diaphragme paraît parfaitement normal. Il existait une hypotonicite du cardia. L'estomac entier était d'une taille d'une grande orange, il avait une forme de sablier et on ne pouvait distinguer ni le pylore ni le duodénum, mais sur le cliché on voyait un léger résidu près du pylore. On voyait nettement que le fundus et le pylore étaient infiltrés, faisant obstacle au passage des

aliments. Le malade ne pouvait pas avaler toute la dose de gélobarine. Malgré que l'on n'a pas pu observer le transit du bol alimentaire à travers le pylore infiltré, l'estomac s'est vidé dans le temps normal. Le bol alimentaire arrivait dans le colon jusqu'à l'angle splénique, et le résidu normal dans l'intestin grêle était visible au bout de cinq heures. Au bout de dix heures, l'intestin était évacué et le colon entier était injecté.

L'auteur a refait un autre examen radiologique au bout de deux jours. Il fait une injection hypodermique préalable des sulfates d'atropine.

On observait un péristaltisme vigoureux au niveau de la paroi intérieure de cette petite région de l'estomac qui n'était pas infiltrée. Le malade se plaint de nausées très vives. La forme de l'estomac est comparable à la précédente. L'auteur n'a pas pu interpréter la radio et s'est contenté de proposer une gastroentérostomie antérieure. Le malade ayant accepté l'opération, il fut opéré deux jours après. A l'opération l'estomac entier, extrémité cardiaque exceptée, était infiltré. On a fait une gastroentérostomie antérieure dans cette région où l'examen radiologique a démontré la persistance du mouvement péristaltique, pas d'adénopathie.

Le chirurgien fait le diagnostic de la syphilis gastrique. La réaction de Bordet-Wassermann dans le sang est positive. Les suites opératoires sont normales, et le malade quitte l'hôpital le douzième jour.

L'auteur a revu le malade en 1917 (25 août). Il pèse 140 livres actuellement, se porte bien, et travaille activement toute la journée. En interrogeant, on apprend que son père a eu la syphilis. Une de ses sœurs a subi un traitement anti-syphilitique pour des troubles laryngés. Son frère cadet a une kérarite.

L'examen radiologique a montré que l'estomac a conservé sa forme, la gastroentérostomie fonctionne d'une façon satisfaisante. Le bol alimentaire ne réside pas longtemps dans l'estomac.

OBSERVATION N° 12

Le Wald

En juin 1913, j'ai fait mon premier diagnostic radiologique des syphilis; diagnostic posé avant l'examen du sang (la réaction de Wassermann était positive), le diagnostic fut confirmé par l'opération; une gastroentérostomie fut pratiquée par le Dr Downes qui voyant un estomac en haltère sa servit de la portion proximale de cet estomac.

La malade à ce moment, une jeune fille de 14 ans, m'était envoyée pour examen radiographique de l'hôpital Saint-Luc (New-York) avec le diagnostic de sténose œsophagienne. Le cas était sûrement de la syphilis héréditaire. J'ai examiné à plusieurs reprises cette malade. Le dernier examen pratiqué le 12 juin 1930, dix-sept ans après, la gastroentérostomie a montré que l'estomac se vidait rapidement par la nouvelle bouche.

Plusieurs dilatations de l'œsophage étaient présentes comme on l'avait noté au moment du premier examen, quand on avait trouvé que la sténose de la partie moyenne de l'estomac avait réduit son volume à un point tel que l'œsophage agissant par compensation avait pris l'aspect d'un petit estomac.

Il semble que dans un tel cas comme dans les cardioter il continue à garder cette dilatation même lorsque l'obstruction a pu guérir.

Le pylore ne semble pas s'emplir actuellement à cause du vidage rapide de la poche cardiaque à travers la bouche de gastroentérostomie.

OBSERVATION N° 13

Le Wald

En octobre 1913, je fis le diagnostic de syphilis gastrique chez un garçon de 17 ans, c'était aussi un cas de syphilis congénitale et le malade était en traitement à l'hôpital Rockfeller, mais le diagnostic de syphilis gastrique n'a été posé qu'au moment de l'examen radiologique.

A cause des crises douloureuses abdominales, le diagnostic d'appendicite avait été soulevé, et le malade adressé à l'hôpital Saint-Luke pour ablation de l'appendice.

Le Dr Arthur B. Eisenbrey, maintenant à Cleveland, m'adressa le malade avec le diagnostic de sténose pylorique probable. L'examen radiologique montra un estomac déformé, il y avait un remplissage défectueux sur la grande courbure à la partie moyenne de l'estomac, il y avait du liquide résiduel au bout de cinq heures. Le diagnostic de syphilis gastrique fut posé, la réaction de Wassermann était positive, on n'opéra pas le malade, car le diagnostic d'appendicite fut abandonné.

Le malade fut soumis à un traitement intensif bien qu'il eût déjà suivi un traitement syphilitique à l'Institut Rockefeller et qu'il eût reçu plusieurs injections d'arsphénamine. Un changement dans le traitement au sujet de l'administration des iodures sembla provoquer une réponse rapide et une amélioration marquée. Il fut bientôt capable de manger davantage et les symptômes gastriques se calmèrent complètement.

Trois ans après un nouvel examen radiographique montra que la déformation de l'estomac avait complètement disparu et que l'estomac s'emplissait comme en temps normal. Le malade avait gagné 48 livres (22 kilogs) et il pouvait prendre toutes sortes d'aliments. Il se sentait parfaitement bien. Quatre ans plus tard, le malade était de nouveau examiné, il allait très bien et travaillait tout le temps.

OBSERVATION N° 14

MacKay

Un jeune homme âgé de 15 ans accusait des douleurs et un gonflement au niveau du cou-de-pied. On suspectait la tuberculose et le jeune homme fut traité pour cela pendant quelques semaines. Je le vis alors et me souvenant que j'avais traité avec succès sa mère, quelque temps auparavant pour une lésion spécifique du nez (la seule manifestation qu'elle ait jamais présentée) je mis le jeune homme aux pilules bleues et à l'iodure. La jointure guérit rapidement et complètement.

Dix ans plus tard, ce jeune homme s'est mis à vomir du sang et allait de mal en pis, bien qu'il se soit mis sévèrement à la diète et qu'il prit des remèdes ordinaires. Se souvenant de sa première maladie on lui donna du mercure et de l'iodure de potassium avec un bon résultat immédiat. J'ai perdu de vue ce malade pendant trois ans. Il y a sept ans il se maria; sa femme a eu une fausse couche à trois mois et maintenant il est lui-même en traitement pour une paralysie générale qui fut améliorée temporairement par l'iodure.

OBSERVATION N° 16

Enriquez

Mlle H. B..., âgée de 18 ans, vient consulter au mois de novembre 1910 pour des troubles gastriques. Depuis dix-huit mois elle vomit régulièrement tous ses aliments un quart d'heure après leur absorption. La malade ne souffre pas en dehors des repas. Les vomissements sont précédés de quelques nausées, jamais d'hématémèse ni de moelena, par contre la malade qui depuis quelques semaines ne peut supporter que du képhir, présente un amaigrissement considérable et très rapide.

Le 12 novembre, un examen radioscopique montre qu'on se trouve en présence d'un estomac biloculaire très net. Le rétrécissement siège assez près du cardiaque, il est représenté par une encoche profonde située du côté de la petite courbure.

L'évolution, l'amaigrissement rapide, l'âge de la ma-

lade, l'absence de douleurs, d'hématémèse firent songer à la possibilité d'une biloculation d'origine syphilitique. La réaction de Wassermann fut positive. On donne alors à la malade un traitement mercuriel intensif. Les symptômes cliniques s'améliorent, les vomissements disparaissent. La malade peut reprendre un régime normal, mais comme elle quitte Paris vers le mois de janvier il n'est pas facile de suivre de près les modifications de sa lésion. Cependant, elle revient consulter au mois de mars, son état général est très bon et un examen radioscopique pratiqué à cette époque montre que la sténose médiogastrique est beaucoup moins serrée, il ne subsiste plus qu'une légère encoche au niveau de la petite courbure.

OBSERVATION N° 15

Hemmeter

Gastrite aiguë chez les deux enfants d'un père syphilitique.

Nous avons observé des syndromes de gastrite aiguë chez un enfant âgé de 11 ans, fille d'un homme qui avait contracté la syphilis alors qu'il était soldat dans l'armée allemande à la guerre franco-prusienne de 1870-71. Le père de cet enfant avait eu des attaques, des manies pendant lesquelles il dut être interné. Une fois par mois, il a des convulsions épileptiques typiques qui peuvent durer pendant dix à douze heures, elle s'accompagnent d'écume à la bouche et d'évacuation involontaire.

Il avoue l'infection causale et donne un récit exact des syphilis primaire et secondaire. Chez l'enfant apparut récemment une énorme gomme du maxillaire inférieure qui atteignit les dimensions d'un goître. Le symptôme gastrique consistait en vomissements incessants et gastralgie. Sous l'influence du traitement par les frictions mercurielles les symptômes gastriques disparurent en l'espace de deux semaines. L'efficacité de ce traitement fut supérieur à tous les autres car l'enfant ne pouvait rien garder dans l'estomac.

Deux ans après l'auteur traite un deuxième enfant de cet homme (sa femme soit dit en passant avait eu quatre fausses-couches) pour de la gastralgie avec nausées et vomissements par une solution saturée d'iodure de potassium, l'enfant prit jusqu'à quarante gouttes de la solution d'iodure de potassium trois fois par jour avec une amélioration évidente. Le sydrome s'apaise entièrement au bout de deux semaines.

OBSERVATION N° 17

F. Devé

Une jeune fille de 19 ans entré dans mon service le 5 décembre dernier pour des douleurs d'estomac accompagnées de vomissements. Soignée dans la communauté où elle était employée, elle était au lit depuis trois semaines, souffrant de douleurs et de brûlures gastriques permanentes. C'est à peine si elle prenait, depuis quinze jours, par cuillerées à café, la valeur de deux tasses de

lait par jour et chaque prise de lait exaspérait les brûlures et était suivie de vomissements. Les douleurs ne se trouvaient d'ailleurs pas calmées par les vomissements. A ce régime, elle avait comme on le pense, pâli et maigri rapidement. Le début des troubles remontait à un an. Elle avait tout d'abord ressenti des douleurs, bientôt acompagnées de vomissements. Les douleurs débutaient deux heures après le repas. Pendant longtemps elle n'avait pas vomi. Les premiers vomissements étaient survenus il y a trois mois. Le malade n'a jamais eu d'hématémèse, et semble-t-il de moelena. On se trouvait en présence d'une fille pâle, frêle et d'un développement manifestement infantile. De petite taille avec un bassin étroit, quelques rares poils au pubis, des seins à peine formés, elle donnait l'impression d'une enfant de 14 ans. Il y avait deux ans seulement qu'elle était règlée, et ses règles très irrégulières n'avaient pas reparu depuis deux mois. On était d'autre part frappé par la saillie de ses bosses frontales et un prognatisme accentué accompagné de déformations ogivales de la voute palatine. Au demeurant pas d'altération dentaire, rien du côté des oreilles et des yeux, pas de cicatrice cutanée, intelligence assez développée, pas de crises nerveuses.

La petite malade accusait de douleurs persistantes au creux de l'estomac qui irradisaient dans le dos et à la base gauche du thorax. Depuis son entrée (la veille au soir), elle avait vomi son lait à trois reprises. L'examen du creux gastrique ne montrait aucun voussure, aucun clapotage, la palpation était très douloureuse et révèlait une forte défense musculaire. Foie non augmenté de volume, rate normale, selles normales, pas d'hémorragie occulte, poumons et cœur normaux.

Nous nous trouvions donc en face d'une hypotrophiée

bien vraisemblablement hérédo-syphilitique. Nous n'avions pu obtenir les premiers jours aucun renseignement sur son hérédité, mais l'hypothèse la plus plausible, celle qui paraissait s'imposer tout d'abord était celle d'un ulcus gastrique en activité. Aussi la malade fut soumise au traitement habituel qui calme en général très rapidement les douleurs d'ulcère, mais le traitement devait rester sans effet.

Le 9 décembre, les douleurs persistent, et la malade continue à vomir, cinq à dix minutes après l'ingestion des aliments. L'association de la stovaine et de la morphine ainsi que le bicarbonate de soude n'ont qu'un effet passager. On se décide de soumettre la malade au traitement anti-syphilitique; ayant pu apprendre entre temps que la mère de la malade a eu neuf enfants. Sur lesquels le premier est née à 6 mois, mort-né; un autre décédé à 7 jours des convulsions le troisième enfant, mort-né; le quatrième enfant est né à terme, c'est le malade; le cinquième, fausse-couche de trois mois; le sixième enfant, mort à 14 jours; le septième enfant, né à terme, mais très mal portant actuellement, le huitième
le neuvième enfant est né à 6 mois 1/2 et décédé 9 jours après l'accouchement.

On institue un traitement par hectine. L'état de la malade s'améliore très nettement. Son poids augmente de 6 kg.

L'examen radiologique n'a pas pu être pratiqué que tardivement par suite de mauvais temps. On ne trouve pas de lésions de la paroi gastrique.

OBSERVATION N° 18

Lehman

En janvier 1933, Mlle T..., âgée de 22 ans, vient nous consulter pour son estomac. Depuis quelques années elle a des renvois, aigreurs, et brûlures après les repas. Les douleurs ont augmenté peu à peu et maintenant dès qu'elle a ingeré le moindre aliment elle ressent de violentes douleurs gastriques comme un feu qui la brûlerait, dit-elle. Elle a eu des douleurs en broche transfixiantes. Les souffrances s'exaspèrent deux à trois heures après les repas, elle éprouve des nausées quelquefois un vomissement exceptionnellement alimentaire, et tout s'apaise. Elle n'a jamais vomi du sang, elle n'en a pas constaté dans les selles.

A l'examen, trois heures après les repas, l'estomac clapote et descend légèrement au-dessous de l'ombilic. Il est sensible à la pression qui ne révèle cependant pas du point douloureux nettement limité. Nous portons le diagnostic d'ulcus gastrique avec spasme pylorique et mettons le malade au traitement poudres saturantes, pâtes, purée.

Les douleurs diminuent sans disparaître complètement. La malade ne suit pas son régime à la lettre. En avril 1913 la malade nous amène sa sœur aînée, âgée de 24 ans, qui se plaint de moucher des croutes abondantes et fétides. Le nez commence à s'effondrer et nous trouvons sur la cloison un ulcération large comme une pièce de un franc. D'autre part cette jeune fille boite, son mem-

bre gauche présente un raccourcissement notable, vers l'âge de 4 ans on l'a opéré à la hanche, elle est restée plusieurs mois dans le plâtre. La sœur présente donc une syphilis nasale indiscutable, la pseudo coxalgie a bien probablement la même origine. Les parents des deux jeunes filles sont bien portants. Elle ont deux sœurs et un frère plus jeune, nous vîmes la troisième sœur âgée de 19 ans qui n'avait jamais été malade, ne présentait pas les moindres stigmates d'hérédo syphilis, pas le moindre reliquat d'un trouble distrophique. Pour ce qui concerne la malade qui fait l'objet de cette observation en dehors de ces douleurs gastriques elle n'avait jamais fait de grande maladie, elle ne présentait non plus des signes de l'éhérédo syphilis. Mais elle était d'une taille peu élevée, très étroite de poitrine, elle avait un chapelet costal, une implantation défectueuse des dents, signature d'un rachitisme de l'enfance.

Nous pensons à l'origine spécifique de ces troubles gastriques et la mettons en conséquence au traitement mercuriel (bi-iodure). Vers la cinquième piqûre les douleurs gastriques diminuent et vers la dixième les douleurs gastriques disparaissent complètement bien que la malade n'observe guère son régime. Seule l'absorption du vin lui donne quelques renvois aigres. Suivie depuis, la malade a reçu deux autres séries de piqûres, elle digère maintenant parfaitement bien, et elle a abandonné tout régime.

OBSERVATION N° 19

Pron

Un cas de syphilis gastrique héréditaire à forme ulcéreuse demi-fruste. (Bulletin et Mémoire de la Société médicale des hôpitaux de Bucarest, 17 mai 1921.)

Il s'agit d'une fillette de 15 ans dont le père a eu la syphilis à Madagascar vers l'année 1895. par négligence. l'affection a été mal soignée. S'étant marié en 1905, M. X..., a du faire mettre sa femme au traitement spécifique pendant sa première grossesse qui fut presque immédiate et qui se termina en octobre 1906 par un accouchement normal à terme.

L'enfant était bien constituée et sa santé était normale quand elle commença vers l'âge de 8 ans à souffrir de l'estomac. Elle se plaignait de crampes douloureuses survenant à jeun, puis vers dix heures du matin, et assez fortes pour amener de la pâleur au visage et des menaces de syncope.

J'ai vu la petite malade à ce moment, à l'examen physique je n'ai trouvé qu'une douleur épigastrique banale avec clapotage tardif, le traitement fut suivi de manière irrégulière, le régime mal observé et je n'ai pu par surprise à diverses reprises pendant les années qui suivirent les parents dussent me ramener l'enfant.

Au début de 1920, les douleurs augmentent de fréquence et d'intensité, je m'arrêtais après réflexion et entente avec un confrère (oncle de la malade) au diagnostic de rétrécissement syphilitique probable par

l'héritage paternel, j'avais constaté du clapotage net à jeun et j'avais retiré par tubage un liquide jaune clair exempt de résidus alimentaires ayant un acidité totale de 3,28 ainsi répartis : acide libre 1,46; acide combiné 1,09; acide et fermentation 0,72; absence d'acide lactique, réaction d'Adler négative, présence nette de la bile, réaction de biuret.

Ne voulant rien dire à la mère pour éviter les complications familiales j'ajoutais au traitement stomacal (belladone à hautes doses et poudre bismuthée), une injection hebdomadaire intra-musculaire de 0,15 cgr. d'arséno-benzol sans en faire connaître la nature et cela pendant huit semaines. Subjectivement l'état s'améliora légèrement et le 22 avril l'analyse donna pour le liquide de jeune, le résultat suivant : A. 2,20; H. 0,36; C. 0; F. 0,91; pas d'acide lactique ni de sang, présence de bile, réaction de Biuret moyenne.

Comme les piqûres avaient été douloureuses avec menace d'abcès, il ne me fut guère possible de recommencer en cachant leur nature à l'entourage et je me tiens au traitement anti-dysceptique seul.

L'auteur revoit la malade fin octobre, elle allait alors, subjectivement bien, mais l'hypersecrétion avait notablement augmenté, le liquide extrait à jeun toujours après constatation de clapotage avait la composition suivante : A. 3,65; H. 1,83; C. 1 gr.; F. 0,37. Au milieu de novembre nouvelle augmentation de l'acidité à jeun : A. 4,56; H. 1,83; C. 0,18; F. 2,55. Pas d'acide lactique, pas de sang. L'auteur a attiré récemment l'attention sur ces faits.

En janvier, administration des comprimés de sulfar. Acidité totale 2,55; H. 1,28; C. 1,09; F. 0. L'auteur applique ensuite un traitement général, pillules de

benzi-iodehydrine et l'état général s'améliore nettement, le poids atteint 60 kg, digestion parfaite.

OBSERVATION N° 20

Gaston Lyon

Chez un jeune homme de 16 ans, qui présentait des signes non douteux d'ulcère, survenu brusquement en dehors de toute influence alimentaire ou générale appréciable, prenant en considération l'existence connue de moi d'hérédo-syphilis chez ce sujet, j'instituai un traitement par les injections intra-musculaires de cyanure de mercure et d'iodure de potassium à hautes doses. Le résultat fut, comme dans le cas Fournier, rapide et décisif.

OBSERVATION N° 21

Downes (résumée)

L'auteur traite depuis deux ans une jeune fille âgée de 16 ans, pour des vomissements. La réaction Bordet Wassermann étant fortement positive, l'auteur institue un traitement arsénical intensif en même temps qu'il pratique une gastroentérostomie. L'état de la malade s'est nettement amélioré.

OBSERVATION N° 22

Downes (résumée)

Un garçon de 16 ans est admis à l'hôpital St-Luke pour des douleurs épigastriques. L'examen radiologique contribue au diagnostic de la syphilis gastrique. On institue un traitement antisyphilitique. L'état général s'améliore, les douleurs cessent en même temps que le poids passe de 60 livres à 48 kilogs.

→

CONCLUSIONS

Des lectures de 21 observations que nous avons collégé dans la littérature mondiale et à la lumière d'une observation suivie à la consultation de notre maître, M. le Dr Georges Basch, ressortent les conclusions suivantes :

I. — Il n'existe aucun signe clinique pathognomonique de la syphilis héréditaire.

II. — Du point de vue de la radiologie, on doit attribuer une valeur aux particularités suivantes :

a) discordance entre l'image radiologique et les renseignements cliniques;

b) l'aspect frangé, comme découpé aux ciseaux, de la grande courbure, constituant des encoches multiples permanentes;

c) apparition rapide d'une image pathologique en l'absence d'un passé digestif prolongé.

III. — Au point de vue hématologique, on note constamment une lymphocytose sans modification quantitative (sans leucocytose).

IV. — L'étude du chimisme gastrique montre une anachloryhydrie dans 85 % des cas.

V. — Du point de vue thérapeutique, on note une amélioration subjective extrêmement rapide après la mise en œuvre du traitement antisyphilitique, ainsi qu'une amélioration objective se marquant par l'effacement progressif des images pathologiques constatées sur les clichés.

VI. — Nous insistons enfin sur l'intérêt qu'il y a dans les traitements de cette maladie à ajouter au traitement classique d'attaque arséno-bisthmutique des cures régulières d'iodure de potassium par voie bucale, tout se passant comme si ces médicaments introduits par la voie digestive témoignaient vis-à-vis des lésions scléro-gommeuses gastriques. d'une activité véritablement élective.

Vu : *Le Doyen*,
TIFFENEAU.

Vu : *Le Président*,
CHIRAY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

J. Basch, Kpifer et Logeais. — Un cas de syphilis gastrique héréditaire tardive. (Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris. Séance du 5 avril 1935.)

Andral. — Clinique Médicale, Paris, 1833-34, tome II, p. 191.

Barbier. — Thèse, Paris, 1904.

Ed. Benhamou et Blumenzweig. — Syphilis héréditaire tardive. (Arch. Maladie App. dig., tome XXII, n° janvier 1932, p. 23.)

Bensaude et R. Rivet. — Syphilis de l'estomac. (Presse Médicale, 1919, p. 621.)

Birch Hirschfeld. — Précis d'Anatomie pathologique, Leipzig, 1887, p. 518.

E. Chabrol et F. Bariety. — In pathologie interne de Carnot et Rathery. Maladies de l'appareil digestif, 1930, p. 397.

Chabrol. — Les Manifestations gastriques de la syphilis. (Paris Médical, décembre 1929, p. 823.)

Chiari. — Syphilis héréditaire. (Prager Méd. Woch, 1885, n° 42.)

M. Chiray, P. Cherie et A. Poirier. — La syphilis gastrique. (Cahier de gastro-entérologie. n° 9, p. 3.)

Chrzanowski. — Syphilis de l'estomac. (Polska gaz lekarska, n° 20, 13 mai 1934, p. 376.)

Cornil. — Gommes syphilitiques de l'estomac. Etude histologique. (Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 22 mai 1874.)

F. Devé. — Gastropathie hérédo-syphilitique tardive à forme d'ulcère chronique. (Normandie médicale, 1914.)

Downes. — Syphilis congénitale de l'estomac. (Annales of Surgery, 1915, p. 349.)

C. Durand. — Syphilis gastrique. Appareil digestif. (Collection Sergent.)

M. Einhorn. — Deutsch Méd. Woch. n° 41. pp. 19, 29.

Enriquez. — Un cas de syphilis gastrique. (Thèse Collette, Paris 1913, p. 9.)

Eusterman. — 93 cas de syphilis gastrique. (Jour. Am. Méd. Ass., 17 janvier 1931, p. 173.)

N. Favre. — Syphilis gastrique in Collection Sergent. (Syphilis, vol. 1, 1921, p. 419.)

E. Fournier. — Syphilis de l'estomac. (La syphilis, 1903, n° 1.)

E. Fournier et R. Fernet. — Syphilis, vol. II. (Collection Sergent, 1921, p. 161.)

Gmelin. — Le diagnostic de la syphilis gastrique. (Bruns Beitrage zur Klin. Chir., vol. 134, 1925.)

A. Gosset, R.-A. Gutman et I. Bertrand. — Syphilis gastrique infiltrée, forme tumorale, examen histologique. (Arch. Mal. App. dig., tome XX, n° 6, juin 1930.)

R.-A. Gutman. — Les syndromes douloureux épigastriques chez les syphilitiques. (Arch. Mal. App. dig., tome XX, n° 8, octobre 1929, p. 963.)

Harris et Morgan. — Isolement du spirochète pâle d'une lésion syphilitique de l'estomac. (Jour. Am. Méd., Ass., 22 octobre 1932, vol. 99, p. 1403.)

Hartwell. — Syphilis de l'estomac. (Ann. of Surgery, vol. 81, 1925, p. 767.)

Haussmann. — Contribution à l'étude de la syphilis gastrique. (Zeit. fur Klin. Chir., 1924, vol. 98, pp. 433-63.)

G. Hayem et G. Lyon. — In Maladies de l'estomac. (Traité de Brouardel Gilber et Thounot, 1913, p. 505.)

Hermeter. — In thèse Barbier, 1907.

Kalk-Klin. — Woch, 22 déc. 1934, vol. 13, pp. 1823-25.

Kurzenne. — Thèse, Paris, 1920.

Lehmann. — Syphilis gastrique. Manifestation tardive d'une syphilis héréditaire. (Revue générale de Chirurgie et Thérapeutique, 1914, p. 8.)

P. Le Noir et Agasse Lafont. — In Nouveau traité de médecine de Roger Vidal et Teissier. 1926. p. 622.

Leven. — Une thérapeutique propre à la syphilis gastrique. (Arch. des Mal. de l'App. dig.. 1930. p. 498.)

Le Wald. — Diagnostic radiologique de la syphilis gastrique. (Jour. Am. Méd. Ass.. 17 janvier 1931. p. 179.)

Loeper et M. Bony. — Journal Méd. français. 1922. n° 12, p. 501.

MacKay. — Le rôle de la syphilis dans l'étiologie d'un ulcère simple. (Lancet. 24 décembre 1898. vol. II.)

J. W. MacNee. — Syphilis de l'estomac. (Quarterly Journal of Medecine. vol. 15. avril 1922. n° 59, p. 215.)

A. Mathieu et J.-Ch. Roux. — Pathologie gastro-intestinale, 4e édition, p. 298.

K. A. Mayer et H. A. Singer. — Syphilis de l'estomac. (Arch. of Surgery, mars 1933, p. 443.)

Moore Aurelius. — Manifestations radiologiques de la syphilis gastrique. Etude de 87 cas. (Am. Jour. of Roentgenery. 1928. vol. 19. p. 425.)

F. Moutier. — Essais statistiques et critiques sur la syphilis gastrique. (Arch. Mal. App. dig.. tome XX, n° 4, avril 1930, p. 473.)

F. Moutier. — Arch. Mal. App. dig., tome XXVII, pp. 637-53, 653-59, 659-68.

Parés. — Diagnostic radiologique de la syphilis gastrique. (Journal belge de radiologie, 1926, tome XV, p. 177.)

Pater. — Thèse, Paris, 1904.

D. Petit-Dutaillis et I. Bertrand. — Un cas de syphilis gastrique simulant un cancer. Vérification biopsique. (Arch. Mal. App. dig., tome XX, n° 2, février 1930.)

Poswick. — Syphilis héréditaire. (Am. Jour. of Roentgenology, avril 1918.)

Pozzi A. — Contribution à la connaissance de la syphilis gastrique et duodénale. (Policlinico, juillet 1928.)

Priestley. — Surgery Gynécology et obst., vol. 58, 1934, pp. 1030-35.

Pron. — Bulletins et Mémoires de la Société Méd. des Hôp. de Bucarest, 1921.

F. Ramond. — Maladies de l'estomac et du duodénum, Paris 1927.

Singer, Meyer. — Syphilis de l'estomac. (Surgery Gynécology et obst., 1929, p. 23.)

Smithies. — Syphilis de l'estomac. (Jour. Am. Méd. Ass., 1915, p. 572.)

Philippe Soules. — Syphilis gastrique héréditaire tardive. (Les Cahiers de gastro-entérologie, n° 20, mars 1938, p. 3.)

Soupault. — A propos de la syphilis gastrique. (Arch., Mal. App. dig., 1930, p. 1097.)

Strauss. — Méd. Klin., vol. 27, (275-78).

Steinhardt. — Polska Gaz. lek., 12 mai 1935.

Verbrycke Russel. — Syphilis gastrique héréditaire. (Am. Jour. of Syphilis, 4 octobre 1929, p. 524.)

Imprimerie spéciale de la Librairie Marcel Vigne